



**Susana Sá Prática autoreportada da
fisioterapia em utentes com dor
lombar**

Dissertação de Mestrado em Fisioterapia

Orientador: Professor Doutor Eduardo Cruz

Novembro de 2018

Relatório do Projeto de Investigação apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Fisioterapia, área de especialização em Fisioterapia em Condições Músculo- Esqueléticas, realizado sob a orientação científica do Professor Doutor Eduardo Cruz e co-orientação da Professora Lúcia Domingues.

Declaro que este Relatório de Projeto de Investigação é o resultado da minha investigação pessoal e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato,

Susana Sá

Setúbal, 19 de Novembro de 2018...

Declaro que este Relatório de Projeto de Investigação se encontra em condições de ser apresentado a provas públicas.

O(A) orientador(a),

Eduardo Sá

Setúbal, de de

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer, em primeiro lugar, a todos os professores do mestrado pelos conhecimentos transmitidos, em especial ao professor Eduardo Cruz e à professora Lúcia Domingues por toda a ajuda, disponibilidade e contributo.

O meu agradecimento também ao meu namorado, por me ter sempre apoiado em todas as decisões inerentes à realização deste mestrado, ajudando-me sempre a ultrapassar as dificuldades e celebrando comigo todas as pequenas vitórias e momentos de concretização pessoal ao longo deste percurso.

Aos meus pais e às minhas irmãs, que tiveram sempre imenso orgulho em mim e apostaram sempre nas minhas capacidades, deixo o meu agradecimento por fazerem parte da minha concretização pessoal e profissional durante a realização deste trabalho.

A todos os meus amigos, pelo carinho e apoio prestado durante esta etapa, muito obrigada.

A todos os colegas do mestrado, que permitiram importantes partilhas de conhecimento e de experiências, e em particular à Bruna Santos, que partilhou comigo diretamente este trabalho e fez com que todo o processo se tornasse mais fácil, obrigada.

RESUMO

PRÁTICA AUTOREPORTADA DA FISIOTERAPIA EM UTENTES COM DOR LOMBAR

Susana Sá

PALAVRAS-CHAVE: dor lombar, fisioterapia, prática clínica, Portugal

Enquadramento: A dor lombar aguda/subaguda tem uma prevalência ao longo da vida de 60 a 80% e é a primeira causa de incapacidade a nível mundial. Em 85% a 90% dos casos, a dor lombar é de origem não específica, e os utentes procuram a fisioterapia para aliviar a sua dor, melhorar a sua capacidade funcional e retornar ao trabalho. Esta condição apresenta um tempo de recuperação médio de 2 semanas, podendo chegar, no máximo, a 6 semanas. Apesar do prognóstico favorável, a literatura mostra que são mantidos valores mínimos a moderados de dor e incapacidade após 1 ano, atribuível à prática não estar a ser concordante com as recomendações. A investigação realizada noutros países confirma a presença de uma lacuna entre a evidência e a prática, mas ainda não se sabe como se caracteriza a prática da fisioterapia em Portugal. **Objetivo:** Este estudo tem como objetivo caracterizar a prática (autoreportada) dos fisioterapeutas em utentes com dor lombar aguda/subaguda em Portugal e identificar as barreiras e elementos facilitadores para a implementação de uma prática informada pela evidência. **Metodologia:** Realizou-se um estudo transversal com 123 fisioterapeutas que trabalham em Portugal. O instrumento utilizado foi um questionário *online* e os participantes foram contactados via *email*. **Resultados:** A maioria das *red flags* não é avaliada de forma consistente. As modalidades mais utilizadas são o exercício (95,1%), a terapia manual (92,7%) e a educação (88,6%), mas a eletroterapia é utilizada por 35,8%. A educação sobre a causa não específica da dor é feita por 67,5%, mas as explicações baseadas em alterações posturais (63,4%) e em alterações biomecânicas (65,0%) também são usadas consistentemente. Maioritariamente, os participantes não fornecem informação específica sobre o prognóstico da condição. **Conclusões:** Apesar da amostra reduzida, verificou-se que a prática da fisioterapia não é feita de acordo com as recomendações.

ABSTRACT

THE PATTERN OF PHYSIOTHERAPY PRACTICE IN PATIENTS WITH LOW BACK PAIN

Susana Sá

KEYWORDS: low back pain, physiotherapy, clinical practice, Portugal

Background: Acute/subacute low back pain has a lifetime prevalence of 60 to 80% and is the leading cause of disability worldwide. In 85% to 90% of cases, low back pain has non-specific origin, and the patients seek physiotherapy to relieve their pain, improve their functional capacity, and return to work. This condition has an average recovery time of 2 weeks, and can reach a maximum of 6 weeks. Despite the favorable prognosis, the literature shows that minimum to moderate values of pain and disability are maintained after 1 year, due to the fact that practice is not being in line with the recommendations. Research carried out in other countries confirms the existence of a gap between evidence and practice, but it is not yet known how the practice of physiotherapy in Portugal is characterized. **Objective:** This study aims to characterize the (self-reported) practice of physiotherapists in patients with acute/subacute low back pain in Portugal and to identify the barriers as well as facilitating elements for the implementation of a practice informed by the evidence. **Methodology:** A cross-sectional study was carried out with 123 physiotherapists working in Portugal. The instrument used was an online questionnaire and the participants were contacted via email. **Results:** Most red flags are not evaluated consistently. The most used modalities are exercise (95.1%), manual therapy (92.7%) and education (88.6%), but electrotherapy is used by 35.8%. Education of the non-specific cause of pain is done by 67.5%, but explanations based on postural changes (63.4%) and on biomechanical changes (65.0%) are also used consistently. Mostly, participants do not provide specific information on the prognosis of the condition. **Conclusions:** Despite the reduced sample of this study, it was verified that the practice of physiotherapy is not being done according to the recommendations.

ÍNDICE

1. Introdução.....	1
2. Metodologia.....	8
2.1. Desenho/Tipo de Estudo.....	8
2.2. Participantes.....	8
2.3. Questionário de caracterização da prática clínica atual dos fisioterapeutas em utentes com dor lombar aguda e subaguda.....	9
2.4. Recolha dos dados.....	11
2.5. Análise dos dados.....	12
3. Apresentação dos Resultados.....	14
3.1. Caracterização dos participantes.....	14
3.2. Caracterização genérica do padrão de prática.....	15
3.3. Caracterização específica do padrão de prática.....	19
3.3.1. Avaliação de <i>Red Flags</i> /Patologia Específica.....	19
3.3.2. Estratégias de Educação.....	21
3.3.3. Tipos de Exercício.....	23
3.4. Identificação de barreiras e elementos facilitadores.....	24
3.5. Análise de associações.....	25
3.5.1. Modalidades de Intervenção.....	26
3.5.2. Estratégias de Educação.....	26
4. Discussão dos Resultados.....	28
5. Conclusão.....	35
6. Referência Bibliográficas.....	36
Lista de Figuras.....	39
Lista de Tabelas.....	40

Apêndice A – Questionário de caracterização da prática clínica atual dos fisioterapeutas
em utentes com dor lombar aguda e subaguda

Apêndice B – Carta Convite enviada ao Comité de Peritos

Apêndice C – Grelha de Avaliação do Comité de Peritos

Apêndice D – Relatório do Estudo Piloto

Apêndice E – Tabelas de resultados do Teste Qui-quadrado

Apêndice F – Associações Estatisticamente Significativas das Modalidades de Intervenção

Apêndice G – Associações Estatisticamente Significativas das Estratégias de Educação

Anexo 1 – Parecer final da Comissão Especializada de Ética em Investigação

1. Introdução

A dor lombar aguda/subaguda é definida como a presença de dor localizada abaixo da região costal e acima das pregas glúteas, por um período, na primeira, menor ou igual a 6 semanas e, na segunda, entre 6 a 12 semanas. (Casserley-Feeney et al, 2008; Verhagen et al, 2016). Pode surgir acompanhada de dor referida para o(s) membro(s) inferior(es) e apresentar sintomas neurológicos associados (Hartvigsen et al, 2018).

Esta condição clínica representa um distúrbio músculoesquelético de grande espectro, com uma prevalência ao longo da vida de 60 a 80%, que é reconhecido internacionalmente como tendo um importante impacto não só na saúde, mas também a nível económico e social (Casserley-Feeney et al, 2008; Gracey, McDonough & Baxter, 2002). É, atualmente, a primeira causa de incapacidade a nível mundial (Hartvigsen et al, 2018).

A dor lombar pode ser classificada como tendo uma origem específica ou não específica, conforme esteja, ou não, associada a alguma patologia (Verhagen et al, 2016). Apesar de existirem algumas causas importantes de dor lombar, tais como a patologia cancerígena, fratura vertebral, infeção e doenças inflamatórias, que requerem um tratamento direcionado, estas correspondem apenas a uma pequena quantidade dos casos (Hartvigsen et al, 2018). A dor lombar não específica, que representa cerca de 85% a 90% dos casos, encontra-se associada a uma variedade de fatores biofísicos, psicológicos e sociais, os quais limitam a função e participação social (Hartvigsen et al, 2018; Verhagen et al, 2016). A intervenção em fisioterapia incide, assim, sobre a dor lombar não específica, sendo procurada pelos utentes com o objetivo de aliviar a sua dor, melhorar a sua capacidade funcional e retornar ao trabalho.

O prognóstico desta condição é favorável, na medida em que a maioria das pessoas necessita de apenas 2 semanas para ficar livre de dor e, no máximo, a recuperação ocorre até às 6 semanas (Hancock et al, 2014). Apesar do prognóstico favorável da dor lombar aguda/subaguda, o estudo de Menezes et al (2012), realizado com o objetivo de perceber o curso clínico da condição, mostra que, embora até às 6 semanas haja uma redução acentuada da dor e da incapacidade, o mesmo não se verifica após esse tempo, passando a redução a ser mais lenta e mantendo-se ainda valores mínimos a moderados de dor e de incapacidade após 1 ano. A persistência destes

sintomas leva à manutenção do problema e à cronicidade da condição clínica, atribuível ao padrão de prática clínica não estar de acordo com as recomendações atuais (Casserley-Feeney et al, 2018).

O padrão de prática descreve a amplitude de cuidados da prática clínica. No caso da intervenção em fisioterapia, a prática clínica corresponde a um processo sequencial de várias etapas, nomeadamente a avaliação (exame subjetivo e objetivo), a definição de objetivos, a aplicação de modalidades de tratamento e a avaliação de resultados através de determinados instrumentos de medida (Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, 2018).

As normas de orientação clínica atuais recomendam a utilização de um modelo biopsicossocial para a avaliação e tratamento da dor lombar, com maior ênfase nas estratégias de autogestão e tratamentos ativos e menor ênfase nas soluções farmacológicas e cirúrgicas (Foster et al, 2018; NICE guideline, 2016).

No que diz respeito à avaliação dos utentes com dor lombar aguda/subaguda, a recente norma de orientação clínica atual do *The National Institute for Health and Care Excellence* (NICE guideline, 2016) apresenta diretivas importantes no que diz respeito à avaliação de *red flags* e causas específicas para a dor lombar, como, por exemplo, sintomas de cancro e de infeção, existência de trauma e de doença inflamatória, de modo a promover uma correta referenciação dos utentes.

Para além da avaliação de *red flags*, as normas de orientação clínica recomendam que os exames complementares de diagnóstico não sejam parte integrante da avaliação inicial, excetuando-se apenas os casos de suspeita de uma patologia subjacente (Foster et al, 2018; NICE guideline, 2016; Oliveira et al, 2018; Stochkendahl et al, 2017).

Quanto à intervenção, esta deve ser primeiramente não farmacológica, devendo reservar-se a toma de fármacos apenas para os casos em que a primeira abordagem não se mostre efetiva (Foster et al, 2018; Qaseem, Wilt, McLean & Forciea, 2017). No caso da necessidade de utilização de medicação, as normas de orientação clínica indicam que deve apenas ser aconselhada a medicação anti-inflamatória não esteroide, com a menor dosagem e pelo menor período de tempo possível, considerando os potenciais riscos para a função gastrointestinal e renal (Foster et al, 2018; NICE guideline, 2016; Oliveira et al, 2018; Qaseem, Wilt, McLean & Forciea, 2017; Stochkendahl et al, 2017).

As recomendações relativas à intervenção visam também a explicação aos utentes da natureza da dor lombar, bem como do prognóstico da condição (Foster et al, 2018; Oliveira et al, 2018). Devem ser fornecidas aos utentes estratégias de educação e de autogestão, para que sejam encorajados a evitar o repouso, a manterem-se ativos e a continuarem com as suas atividades diárias, bem como com o seu trabalho (Foster et al, 2018; NICE guideline, 2016; Oliveira et al, 2018, Stochkendahl et al, 2017).

No que diz respeito às modalidades de intervenção, não é recomendado o uso de eletroterapia, dada a falta de efetividade que demonstra (Foster et al, 2018; NICE guideline, 2016). A utilização de calor superficial deve apenas ser utilizada como tratamento de segunda linha, ou como coadjuvante (Foster et al, 2018). As recomendações para as modalidades dirigem-se no sentido da utilização das componentes de educação, terapia manual e exercício (NICE guideline, 2016; Stochkendahl et al, 2017). No caso do exercício, como não existe evidência disponível sobre qual o melhor tipo a utilizar, a escolha deve ter em conta as necessidades individuais, preferências e capacidades dos utentes (Foster et al, 2018; NICE guideline, 2016). Para a utilização de terapia manual, as normas de orientação clínica referem que não deve ser feita tração e que a manipulação, mobilização ou massagem devem apenas ser usadas em conjunto com o exercício (NICE guideline, 2016).

Apesar da consistência das recomendações existentes, a investigação já realizada a nível global mostra a presença de uma lacuna entre a evidência teórica e a prática exercida (Foster et al, 2018). Verifica-se que a intervenção da fisioterapia na dor lombar aguda/subaguda é muito heterogénea, com uma grande variedade de métodos e técnicas a serem utilizadas (Casserley-Feeney et al, 2008; Gracey, McDonough, & Baxter, 2002) e, frequentemente, não segue as recomendações da evidência científica atual. A heterogeneidade da intervenção parece estar relacionada com vários fatores, nomeadamente a diferença entre o setor privado e o setor público, entre fisioterapeutas experientes e não experientes e entre o tipo de formação e grau académico dos mesmos (Casserley-Feeney et al, 2008; Li & Bombardier, 2001).

Na Austrália, foi realizado um estudo sobre a prática clínica dos fisioterapeutas que intervêm em dor lombar aguda, solicitando que identificassem as modalidades de intervenção que utilizariam em 5 casos diferentes (Keating et al, 2016). Neste estudo (n=203), apesar das recomendações indicarem que não deve ser usada a eletroterapia, 17 a 34% dos fisioterapeutas reportaram a escolha desta modalidade.

No estudo de Pensri et al (2005), com o objetivo de identificar as modalidades de tratamento mais utilizadas pelos fisioterapeutas (n=502) que trabalham com utentes com dor lombar, verificou-se que as mais usadas são o calor superficial (64,1%), os ultra-sons (61,2%) e a tração mecânica (61,0%).

O estudo de Casserley-Feeney et al (2008), realizado na República da Irlanda, analisou uma base de dados de registos de utentes com dor lombar que foram acompanhados por fisioterapeutas em 2003. A amostra deste estudo foi dividida em dois grupos, de acordo com o setor onde receberam os cuidados, um relativo ao público e outro ao privado. Identificou-se, então, que os tratamentos mais comuns são a mobilização, um programa de exercícios para casa e o aconselhamento, com uma percentagem significativamente superior de utilização destes dois últimos no setor público. Apesar destes resultados, a percentagem global de utilização de exercício encontra-se entre os 35 e os 40%.

No estudo de Fidvi & May (2010), sobre a prática autoreportada dos fisioterapeutas que intervêm em dor lombar no estado de Maharashtra, na Índia (n=186), 46% dos participantes afirma que recomenda repouso aos utentes.

Já no estudo de Forbes et al (2017), no qual é comparada a utilização da componente educacional entre fisioterapeutas experientes e não experientes que trabalham na Austrália, é possível perceber que este tipo de intervenção é maioritariamente utilizado pelos fisioterapeutas experientes (mais de 10 anos de prática). De acordo com os dados deste estudo, apenas os fisioterapeutas experientes informavam de forma consistente sobre o prognóstico da condição e aconselhavam os utentes a manter as suas atividades diárias.

No que diz respeito a Portugal, apenas se tem conhecimento, até à data, da realização de dois estudos sobre a caracterização da prática da fisioterapia em utentes com dor lombar.

O primeiro estudo, de Gil et al (2009), analisou as modalidades terapêuticas aplicadas em utentes com dor lombar de origem não específica, englobando situações agudas, subagudas e crónicas. Através do preenchimento de um protocolo, por parte dos fisioterapeutas, foram analisados dados referentes a 529 indivíduos que receberam tratamentos de fisioterapia. Das modalidades e procedimentos terapêuticos efetuados aos utentes, verificou-se que as modalidades de intervenção aplicadas com maior

frequência foram as terapias manuais (84,1%) e os agentes físicos (82,8%), embora os tratamentos de fisioterapia tenham sido aplicados maioritariamente por pacotes, com várias combinações de modalidades diferentes. No total, foram identificadas 45 combinações, sendo a mais frequente composta por ensino/aconselhamento, terapias pelo movimento, terapias manuais e agentes físicos (20,6%). A segunda combinação mais utilizada era constituída por terapias manuais e agentes físicos (16,1%).

O segundo estudo (Moniz e Cruz, 2012) analisou a prática da fisioterapia em utentes com dor crónica lombar não específica. Neste estudo foram recolhidos dados sobre as modalidades de tratamento utilizadas por 30 fisioterapeutas. Num período estipulado de 6 semanas, os fisioterapeutas efetuaram registos de 15 em 15 dias, com um máximo de 3 registos correspondentes a 3 diferentes momentos: nas 2 primeiras semanas, entre a 3^a e 4^a semana, e entre a 5^a e 6^a semana. As modalidades mais utilizadas nas 3 quinzenas foram os exercícios terapêuticos (77,3%; 82,4%; 75,6%) e os agentes físicos (68,1%; 67,2% e 58,8%), seguindo-se depois a educação/informação (63,0% 51,3%; 47,1%) e a terapia manual (60,5%; 63,0 %; 52,1%).

Para além da avaliação e das técnicas e estratégias integradas na intervenção em fisioterapia, torna-se importante a medição de resultados (Davies et al., 2014). Quando avaliados de forma consistente, permitem demonstrar a efetividade da intervenção e justificar o tratamento utilizado, bem como compreender a perceção de mudança e de melhoria por parte dos utentes. O estudo de Davies et al (2014), realizado nos Estados Unidos da América, avalia a medição de resultados por fisioterapeutas que intervêm em utentes com dor lombar. Neste estudo foi possível verificar que, apesar de 85% dos participantes afirmar que medem resultados na sua prática clínica, apenas 50% avalia mais do que um. Os resultados mais avaliados são a intensidade da dor, através da escala numérica da dor (59%), e a funcionalidade, através do *Oswestry Disability Index* (68%) e do *Roland-Morris Disability Questionnaire* (6%).

Apesar da sua importância, a efetividade da intervenção da fisioterapia continua a ser muito debatida, uma vez que a inclusão da prática informada pela evidência (definida no estudo de Ramírez-Vélez et al, 2015, como a integração da experiência clínica, dos valores dos utentes e da melhor evidência científica disponível no processo de tomada de decisão) nos programas de fisioterapia é recente, parecendo ser ainda difícil a sua integração na prática corrente, dado que implica a alteração de comportamentos e atitudes por parte dos fisioterapeutas (Ramírez-Vélez, et al. 2015).

Segundo Li & Bombardier (2001), as razões parecem estar relacionadas com a preferência/escolha dos utentes, com a dedicação excessiva à utilização de determinadas técnicas de tratamento e com a perceção dos fisioterapeutas sobre a eficácia das diversas abordagens. Foster et al (2018) identifica também outras razões, tais como a existência de pouco tempo de consulta, a falta de conhecimento e formulação de conceções erradas das normas de orientação clínica e a vontade de manter uma relação harmoniosa com os utentes.

Verifica-se, assim, que esta temática permanece mais um ideal do que uma realidade, uma vez que se tem produzido uma elevada quantidade de estudos que não são integrados na prática clínica, quer tenham ou não qualidade (Heneghan & Godlee, 2013). Muitos investigadores ainda se encontram focados em testar a efetividade das intervenções, embora haja a necessidade de perceber como é que o novo conhecimento pode ser integrado na prática clínica e como se podem modificar as práticas tradicionais e o comportamento dos fisioterapeutas (Ramírez-Vélez et al, 2015).

Sabe-se que, para que haja uma implementação da melhor evidência nos cuidados de saúde em fisioterapia, é preciso não só caracterizar os modelos de prática, mas também identificar as barreiras e elementos facilitadores da mudança de paradigma. No estudo de Ramírez-Vélez et al (2015), a partilha de conhecimento e a experiência adquirida são considerados elementos facilitadores da integração da evidência na prática clínica. No caso das barreiras, são identificadas a falta de formação para implementar mudanças, a falta de confiança na eficácia das técnicas recomendadas e a organização dos serviços, que apresentam uma carga de trabalho excessiva. No estudo de Foster et al (2018), é ainda sublinhada uma importante barreira, relativa aos modelos de reembolso dos cuidados de saúde, que privilegiam a quantidade em vez da qualidade, com remuneração associada ao número de utentes tratados ao invés da efetividade do tratamento que lhes é prestado.

Apesar de já existir alguma investigação nos outros países, não se sabe ainda como se caracteriza o padrão de prática da fisioterapia em Portugal, nomeadamente nos utentes com dor lombar aguda/subaguda.

Assim, este estudo teve como objetivo caracterizar a prática (autoreportada) dos fisioterapeutas em utentes com dor lombar aguda/subaguda em Portugal. Especificamente, pretendeu-se saber quais os parâmetros avaliados, as intervenções realizadas e os resultados medidos pelos fisioterapeutas. Pretendeu-se também examinar

as diferenças entre fisioterapeutas experientes/não experientes, entre a realização ou não de formação pós-graduada, entre a autonomia/condicionamento da intervenção e entre o número médio de sessões incluídas no plano de tratamento, bem como identificar as barreiras e elementos facilitadores para a implementação de uma prática informada pela evidência.

Dada a heterogeneidade das intervenções utilizadas, parecem existir importantes diferenças nos tratamentos de fisioterapia prestados à população, o que pode gerar falta de equidade nestes cuidados. Neste sentido, esta problemática questiona a prática clínica dos fisioterapeutas, que poderão não estar a dar acesso aos melhores cuidados possíveis aos utentes. Identificando, então, como se caracteriza a prática clínica da fisioterapia em Portugal nos utentes com dor lombar aguda/subaguda e as barreiras e elementos facilitadores da integração da evidência, tornar-se-á possível definir estratégias que promovam a mudança efetiva das práticas tradicionais e desenvolver um modelo conceptual que suporte os fisioterapeutas na implementação consistente de cuidados de elevada qualidade, suportados na melhor evidência científica disponível (Pensri et al, 2005).

Deste modo, a elevada prevalência de utentes com dor lombar aguda/subaguda e o eventual não acesso aos melhores cuidados de saúde, por falta de integração da evidência científica atual na prática clínica, torna relevante e significativa a investigação nesta área.

2. Metodologia

2.1. Desenho/Tipo de Estudo

Realizou-se um estudo transversal sobre a prática clínica autoreportada dos fisioterapeutas que intervêm em utentes com dor lombar aguda/subaguda, em Portugal. O objetivo do estudo consistiu em caracterizar a prática clínica dos fisioterapeutas relativamente aos parâmetros avaliados, à intervenção utilizada e aos resultados medidos, assim como em identificar as barreiras e elementos facilitadores para a implementação de uma prática informada pela evidência. A recolha de dados ocorreu num período de 5 meses, entre 1 de março e 31 de agosto de 2018, com recurso a um questionário *online* desenvolvido para o efeito.

2.2. Participantes

Os participantes do estudo foram fisioterapeutas que trabalham em Portugal, seja no setor público e/ou no setor privado, acompanhando utentes com dor lombar aguda/subaguda. Foram elegíveis para o estudo os fisioterapeutas que tratavam utentes com idade igual ou superior a 16 anos e inferior a 65 anos. Excluíram-se os fisioterapeutas que não apresentavam curso de formação base numa escola portuguesa, os que se encontravam a exercer no estrangeiro e os que não realizavam intervenção em utentes com dor lombar aguda/subaguda.

O recrutamento foi feito por propagação geométrica, também designado por “bola de neve” (Maroco, 2007), iniciado por antigos alunos do Mestrado em Fisioterapia nas Condições Músculo-Esqueléticas da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Foi sempre solicitado a cada participante a identificação de dois outros fisioterapeutas que acompanhavam utentes com dor lombar aguda/subaguda. Os participantes foram contactados e convidados a participar no estudo via *email*.

O estudo foi submetido à Comissão Especializada de Ética para a Investigação da Escola Superior de Saúde (CEEI-ESS) - Instituto Politécnico de Setúbal, entidade que verificou todos os aspetos éticos inerentes ao mesmo, aprovando a sua realização (parecer nº19/AMM/2017 – ver Anexo 1).

Previamente ao preenchimento do questionário propriamente dito, foi solicitado o consentimento informado dos participantes, incluído numa secção com a explicação do objetivo e dos procedimentos do estudo, dos riscos e vantagens potenciais, assim como os procedimentos para garantir o anonimato, confidencialidade e proteção dos dados. A todos os participantes foi explicada a natureza voluntária da sua participação e referido que poderiam recusar responder a qualquer questão, ou abandonar o estudo a qualquer momento, sem quaisquer desvantagens ou constrangimentos (ver Apêndice A).

2.3. Questionário de caracterização da prática clínica atual dos fisioterapeutas em utentes com dor lombar aguda e subaguda

O instrumento de recolha de dados utilizado neste estudo foi um questionário (ver Apêndice A), disponibilizado em formato *online* através da plataforma *LymeSurvey*.

O questionário foi desenvolvido com base numa extensiva revisão da literatura e discussão com fisioterapeutas experientes, seguindo as etapas propostas por Oppenheim (2005): 1) elaboração das questões; 2) validação de conteúdo por painel de peritos; 3) estudo piloto.

Tendo em conta estudos semelhantes e de acordo com os temas abordados nos mesmos (Casserley-Feeney et al, 2008; Davies et al., 2014; Fidvi & May, 2010; Forbes et al, 2017; Gracey, McDonough, & Baxter, 2002; Keating et al, 2016; Li & Bombardier, 2001; Pensri et al, 2005), foram identificadas quatro secções de caracterização, a saber: a caracterização dos participantes, a caracterização genérica e a caracterização específica do padrão de prática, e as barreiras e os facilitadores para a implementação de uma prática informada pela evidência. Para cada secção, selecionaram-se os tópicos a questionar, sendo sempre verificada se a potencial informação fornecida correspondia aos objetivos delineados para este estudo. Verificou-se também se existia necessidade de adicionar tópicos a cada domínio estabelecido, tendo como base a pesquisa elaborada, bem como o nível de conhecimento necessário para responder a esses tópicos.

Tendo em consideração os objetivos do estudo, os domínios identificados na revisão da literatura e os tópicos a serem questionados, foi criada uma matriz organizadora da informação a obter com o questionário, nomeadamente:

1. Caracterizar os participantes – inclui perguntas sobre o género, idade, qualificações académicas, escola de formação base, formações pós-graduadas, número de anos de experiência profissional e local, setor e contexto de prática clínica;
2. Caracterizar genericamente o padrão de prática – integra informação sobre qual o número de utentes na prática clínica diária, como são referenciados, como é feito o planeamento da intervenção, qual o número médio de sessões, quais os parâmetros incluídos na avaliação subjetiva e objetiva iniciais, quais os objetivos considerados na intervenção, qual o tipo de padrão de prática clínica, quais as estratégias de intervenção utilizadas, se é feita a medição de resultados, que domínios de resultado são considerados e que instrumentos de medida são usados;
3. Caracterizar especificamente o padrão de prática – questiona sobre quais os parâmetros específicos que são avaliados, quais as estratégias de educação que são utilizadas e através de que formatos e quais os tipos de exercício realizados;
4. Identificar barreiras e facilitadores – pretende identificar barreiras e elementos facilitadores para a prática de acordo com as recomendações das normas de orientação clínica atuais, onde se solicita aos participantes que expressem a sua concordância em relação às barreiras e aos elementos facilitadores que já foram identificados com base na revisão de literatura, bem como que descrevam outras que considerem pertinentes.

Por fim, procedeu-se à escolha do tipo de questões (abertas ou fechadas, dicotómicas ou de múltipla escolha) a ser utilizado, com base na classificação proposta por Oppenheim (2005). No primeiro domínio, optou-se maioritariamente pelo uso de questões fechadas, dicotómicas e de escolha múltipla. Nos restantes domínios, uma vez que se questionava os participantes acerca da frequência com que utilizavam estratégias de avaliação e intervenção ou sobre qual o seu grau de concordância/discordância relativamente à presença de barreiras e facilitadores no local de trabalho, optou-se pela utilização de escalas de *Likert* de 5 pontos.

A validação facial e de conteúdo foi realizada com recurso a um comité de 5 peritos (*experts* identificados com pelo menos 10 anos de experiência de prática clínica em utentes com dor lombar aguda/subaguda), que utilizaram um questionário pré-definido para avaliar os aspetos relevantes para cada uma destas validações (DeVon et al, 2007; Terwee et al, 2007).

Foi enviado um *email* a cada perito com uma carta convite (Apêndice B), solicitando a sua participação na avaliação do questionário. O procedimento de avaliação, após preenchimento do questionário, consistiu em completar uma grelha de avaliação (Apêndice C), dividida em duas partes. A primeira parte reunia informação acerca da caracterização dos *experts*, especificamente sobre o local onde exerciam, o número de anos de experiência profissional, as suas qualificações académicas e as formações pós-graduadas realizadas. A segunda parte consistia na opinião sobre o questionário, nomeadamente quanto à sua clareza e facilidade de compreensão, se é representativo do que se pretende avaliar, se as opções de resposta são coerentes com as questões, se existe ambiguidade de itens ou palavras, se algum item é inadequado culturalmente e, por fim, qual o tempo despendido a preencher o questionário.

Previamente à recolha de dados propriamente dita, foi ainda realizado um estudo piloto, com o objetivo de testar a utilização do *software LymeSurvey* e avaliar a construção do questionário *online*, de modo a perceber se o mesmo se encontrava pronto a ser disponibilizado para o estudo principal.

O estudo piloto consistiu na criação de uma secção de avaliação do questionário, com 5 questões (sim/não e comentários) que permitiam aferir o correto funcionamento e preenchimento em formato *online*. Para a realização deste estudo, foram enviados 20 convites de participação através de *email*, com explicação do objetivo do mesmo, tendo-se obtido 13 respostas. Procedeu-se posteriormente à análise das respostas obtidas, tendo sido efetuadas as correções que se consideraram necessárias (Apêndice D). Este estudo decorreu durante 2 semanas, entre os dias 3 e 17 de janeiro de 2018.

2.4. Recolha dos dados

Para cada participante, gerou-se um código associado ao endereço de *email*, o que permitiu um acesso controlado ao questionário.

Foi enviado, por *email*, um convite a cada participante, no qual constou uma explicação resumida do estudo, o *link* de acesso ao questionário e o respetivo código de participação. No convite, foi também informado que cada código apenas estaria válido por 6 semanas, ou seja, o tempo de preenchimento estabelecido para cada participante. Foi ainda solicitado, no final, o *email* de dois fisioterapeutas que pudessem participar no estudo. Quando os participantes não respondiam, procedia-se ao envio de lembretes, também via *email*, de 2 em 2 semanas após o envio do convite, de forma a maximizar a taxa de resposta.

O endereço IP dos participantes não foi registado nem armazenado, pelo que as respostas permaneceram anónimas.

2.5. Análise dos dados

A análise dos dados foi feita através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 25.0, com recurso a estatística descritiva e inferencial.

A estatística descritiva foi utilizada primeiramente para sistematizar informação relativa à caracterização dos participantes (variáveis sociodemográficas, formação e experiência profissional), à caracterização genérica do padrão de prática (número médio de utentes na prática clínica diária, como são referenciados, como é feito o planeamento da intervenção, qual o número médio de sessões, tipo de padrão de prática, modalidades de intervenção, parâmetros de avaliação subjetiva e objetiva inicial, objetivos da intervenção, domínios de resultado e instrumentos de medida), à caracterização específica do padrão de prática (parâmetros específicos avaliados nesta condição clínica, estratégias e formatos de educação e tipos de exercício utilizados) e, por fim, às principais barreiras e facilitadores identificados.

No caso das variáveis nominais/catóricas, utilizaram-se as frequências relativas e absolutas e, no caso das variáveis contínuas, recorreu-se a medidas de tendência central (médias) e medidas de dispersão (desvio padrão e intervalos máximos e mínimos).

Os dados foram agregados em variáveis nominais qualitativas e foi feita a sua dicotomização. Nas perguntas acerca da caracterização do padrão de prática em que se utilizou a escala de *Likert* de 5 pontos, a dicotomização foi feita agregando as respostas “nunca”, “raramente” e “ocasionalmente” e as respostas “frequentemente” e “sempre”.

A escolha deste agregação dos dados foi feita tendo por base a procura da caracterização da prática consistente, expressa apenas através das respostas “frequentemente” e “sempre”. No caso da pergunta de identificação de barreiras de elementos facilitadores, na qual também foi utilizada a escala de *Likert* de 5 pontos, foram agregadas as respostas “concordo” e “concordo totalmente” e as respostas “discordo” e “discordo totalmente”, mantendo-se a resposta “não concordo, nem discordo” em separado. As primeiras expressam concordância e as segundas discordância, mostrando a última uma opinião indiferente.

Posteriormente à descrição das principais características acima mencionadas, foi realizada uma avaliação para verificar se a distribuição dos dados se ajustava a uma distribuição normal, através do teste de Kolmogorov-Smirnov.

Como não existia uma distribuição normal das variáveis e uma vez que os dados foram agregados em variáveis nominais qualitativas e dicotomizados, utilizou-se o teste do qui-quadrado para testar a associação (ou independência) entre as variáveis de caracterização do padrão de prática (modalidades de intervenção e estratégias de educação) e a formação pós-graduada, anos de experiência profissional, autonomia no planeamento da intervenção e número médio de sessões (Marôco, 2007).

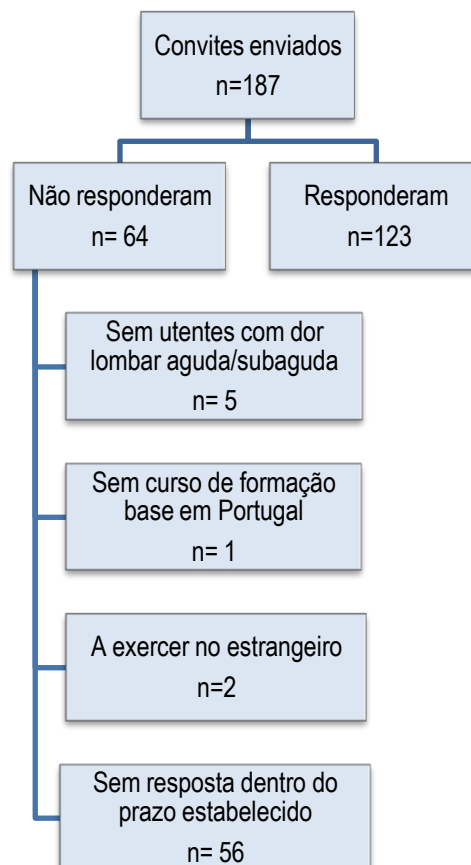
Nos casos em que não se verificavam as condições de aplicabilidade do teste de qui-quadrado (frequências esperadas inferiores a 5), utilizou-se o teste exato de Fisher (Marôco, 2007).

Tendo em conta a dicotomização dos dados, foi utilizado o coeficiente de correlação bivariado Phi (ϕ) para determinar a força de associação entre as variáveis com relação estatisticamente significativa. O nível de significância estatística dos testes foi determinado como $p \leq 0,05$.

3. Apresentação dos Resultados

De um total de 187 fisioterapeutas, que foram inicialmente convidados a participar no estudo, 64 não responderam ao questionário. Desses 64, 5 não trabalhavam atualmente com utentes com dor lombar aguda/subaguda, 1 não tinha realizado o curso de formação base em Portugal, 2 encontravam-se a exercer no estrangeiro e 56 não forneceram qualquer resposta dentro do prazo estabelecido. Assim, obteve-se uma taxa de resposta de 65,7%, correspondendo a um número total de 123 participantes no estudo (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma do estudo



3.1. Caracterização dos participantes

No que diz respeito à caracterização dos participantes, a média de idade é 29,07 anos ($\pm 7,14$ anos), com predominância do género feminino (61,8%). A maioria dos participantes realizou formação pós-graduada na área das condições músculo-

esqueléticas (59,3%) e apresenta menos de 5 anos de experiência de prática clínica com utentes com dor lombar aguda/subaguda (68,3%). As características dos participantes, em relação às variáveis sociodemográficas, formação e experiência profissional, são apresentadas pormenorizadamente na tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização dos participantes

Variável	Categorias da Variável	Fr^a
Género	Feminino	61,8% (n=76)
	Masculino	38,2% (n=47)
Idade (média e desvio padrão)	-	29,07 anos ($\pm 7,14$ anos)
Idade (mínimo e máximo)	-	21 anos 60 anos
Qualificações Académicas	Licenciatura	83,7% (n=103)
	Mestrado/Doutoramento	16,3% (n=20)
Formações pós-graduadas na área das condições músculo-esqueléticas	Sim	59,3% (n=73)
	Não	40,7% (n=50)
Locais de prática clínica (pergunta com mais do que uma opção de resposta)	Hospital	22,0% (n=27)
	Clínica	73,2% (n=90)
	Serviços domiciliários	33,3% (n=41)
	Outro	31,7% (n=39)
Nº de anos de experiência profissional	≤ 5 anos	63,4% (n=78)
	> 5 anos	36,6% (n=45)
Nº de anos de experiência de prática clínica com utentes com dor lombar aguda/subaguda	≤ 5 anos	68,3% (n=84)
	> 5 anos	31,7% (n=39)

3.2. Caracterização genérica do padrão de prática

Quanto à caracterização genérica do padrão de prática dos fisioterapeutas que participaram no estudo, 52,0% intervêm, diariamente e em média, em apenas 1 ou 2 utentes com dor lombar aguda/subaguda. Na maior parte dos casos, a referenciação dos utentes é feita por médicos (78,9%) e o planeamento da intervenção é condicionado por prescrição médica (65,9%). Relativamente ao número médio de sessões incluídas no

plano de intervenção, a maioria realiza até 12 sessões (61,8%). Predomina um padrão de prática multimodal (99,2%).

As características genéricas do padrão de prática dos participantes, em relação às variáveis mencionadas, são apresentadas pormenorizadamente na tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização genérica do padrão de prática dos participantes

Variável	Categorias da Variável	Fr^a
Nº diário de utentes com dor lombar aguda/subaguda	0-2 utentes	52,0% (n=64)
	3-5 utentes	40,7% (n=50)
	6-8 utentes	5,7% (n=7)
	>8 utentes	1,6% (n=2)
Referenciação dos utentes	Médico	78,9% (n=97)
	Fisioterapeuta	22,0% (n=27)
	Autorreferenciação	60,2% (n=74)
	Outro	3,3% (n=4)
Frequência com que o planeamento da intervenção é condicionado por prescrição médica	Nunca/Raramente/Ocasionalmente	65,9% (n=81)
	Frequentemente/Sempre	34,1% (n=42)
Número médio de sessões incluídas no plano de intervenção	≤ 12 sessões	61,8% (n=76)
	> 12 sessões	38,2% (n=47)
Padrão de prática clínica	Unimodal	0,8% (n=1)
	Multimodal	99,2% (n=122)

No que diz respeito à avaliação subjetiva inicial, a maioria dos participantes avalia “frequentemente/sempe” todos os parâmetros, com exceção dos antecedentes familiares, que apenas são avaliados de forma consistente por 47,2% (n=58). A figura 2 permite visualizar o número de participantes que avaliam “frequentemente/sempe” os vários parâmetros da avaliação subjetiva.

Quanto à avaliação objetiva inicial, todos os parâmetros são frequentemente/sempe avaliados por mais de 50% dos participantes, exceto os movimentos fisiológicos resistidos e os testes neurológicos, avaliados consistentemente apenas por 45,5% (n=56) e 48,8% (n=60), respetivamente. A figura 3 permite visualizar

o número de participantes que avalia “frequentemente/sempre” os vários parâmetros da avaliação objetiva.

Figura 2 - Parâmetros da avaliação subjetiva inicial avaliados pelos participantes

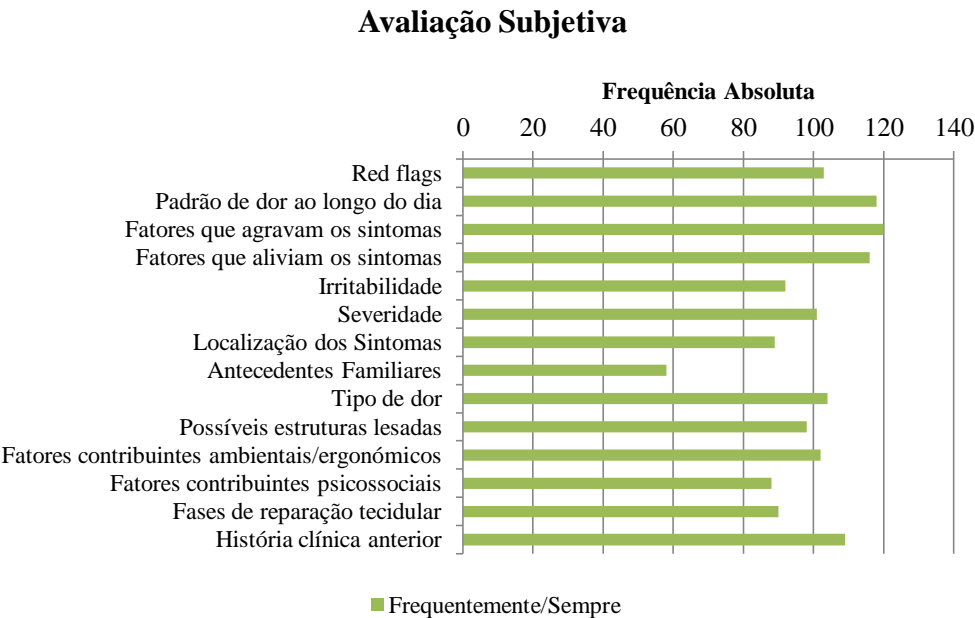
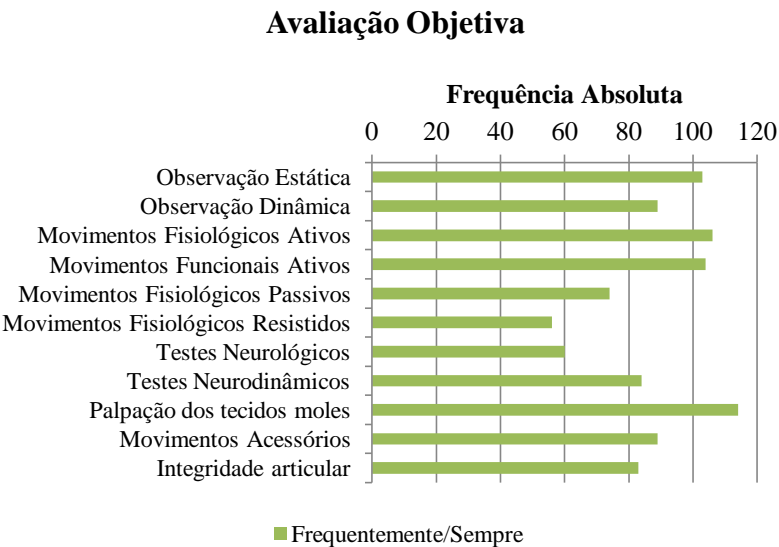


Figura 3 - Parâmetros da avaliação objetiva inicial avaliados pelos participantes



Relativamente aos objetivos da intervenção, mais de 75% dos participantes considera “frequentemente/sempre” todos os objetivos, excluindo-se apenas o aumento da amplitude articular, avaliado de forma consistente por 67,5% (n=83). Através da figura 4, pode observar-se o número de participantes que considera “frequentemente/sempre” os vários objetivos de intervenção.

As modalidades de intervenção (Figura 5) maioritariamente utilizadas pelos fisioterapeutas que participaram no estudo são a terapia manual (92,7%; n=114), o exercício (95,1%; n=117) e a educação (88,6%, n=109). A eletroterapia apresenta uma percentagem de utilização de 35,8% (n=44).

Figura 4 - Objetivos da intervenção considerados pelos participantes

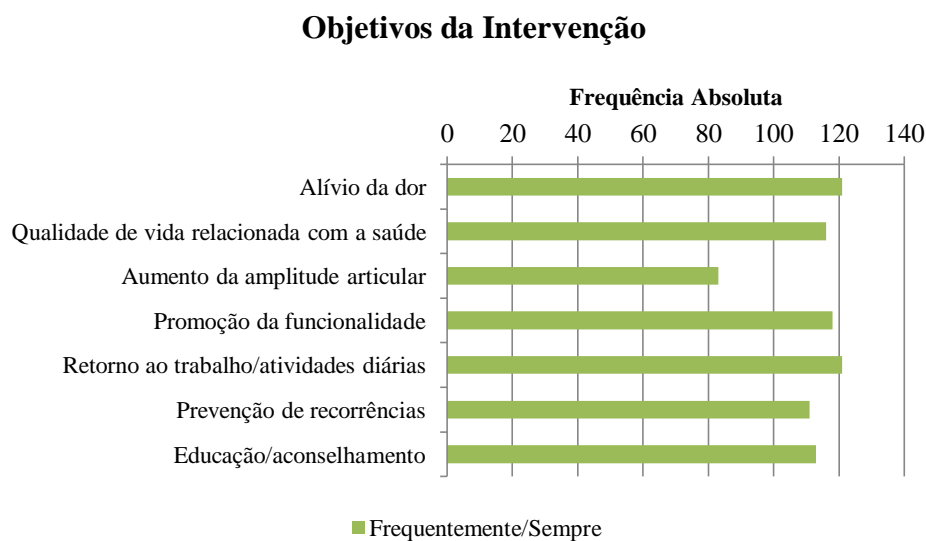
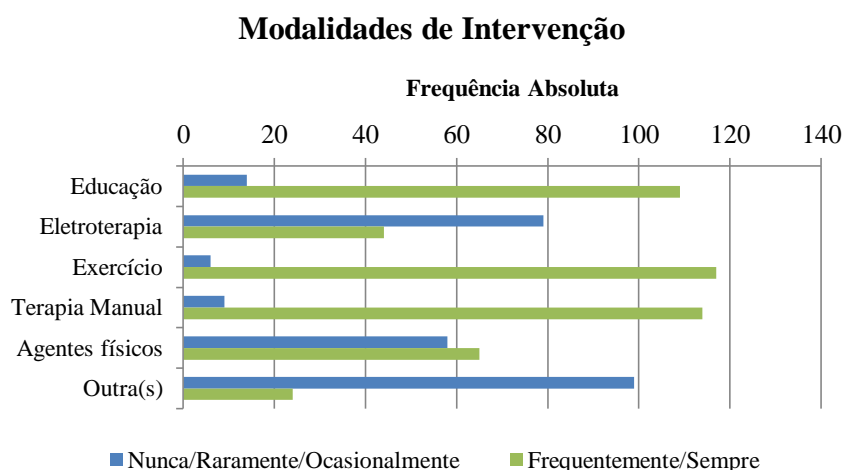
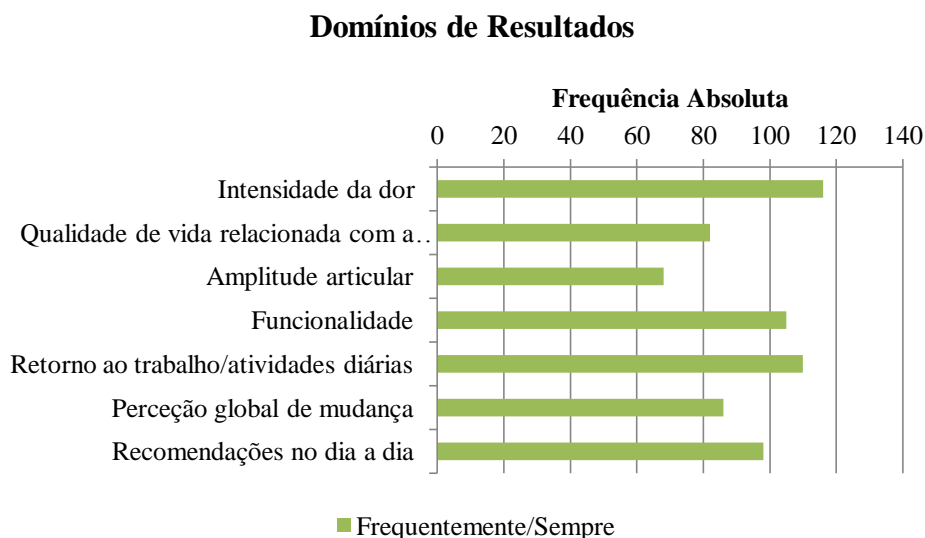


Figura 5 – Modalidades de intervenção utilizadas pelos participantes



No que diz respeito aos resultados, 117 dos 123 participantes (95,1%) afirmam que medem os resultados comparativamente à avaliação inicial. Os domínios de resultados mais avaliados (Figura 6) são a intensidade da dor (94,3%; n=116), o retorno ao trabalho/atividades diárias (89,4%; n=110) e a funcionalidade (85,4%; n=105).

Figura 6 – Domínios de resultados avaliados pelos participantes



3.3. Caracterização específica do padrão de prática

3.3.1. Avaliação de *Red Flags*/Patologia Específica

A informação relativa à avaliação das *red flags*/patologia específica encontra-se subdividida de acordo com o tipo de patologia que se pretende despistar. Na figura 7, sobre a avaliação de parâmetros relacionados com a patologia cancerígena, pode verificar-se que apenas 47,2% (n=58) dos participantes avaliam de forma consistente (ou seja, “frequentemente/sempre”) a história de perda de peso inexplicável e 41,5% (n=51) a história anterior de cancro.

A avaliação de parâmetros relacionados com a existência de fratura vertebral, representada na figura 8, mostra que a história de utilização de corticosteroides por longos períodos de tempo e a história anterior de fratura por *stress* apenas são “frequentemente/sempre” avaliadas por 43,1% (n=53) e 40,7% (n=50) dos participantes, respetivamente.

Figura 7 - Parâmetros relacionados com patologia cancerígena que são avaliados pelos participantes

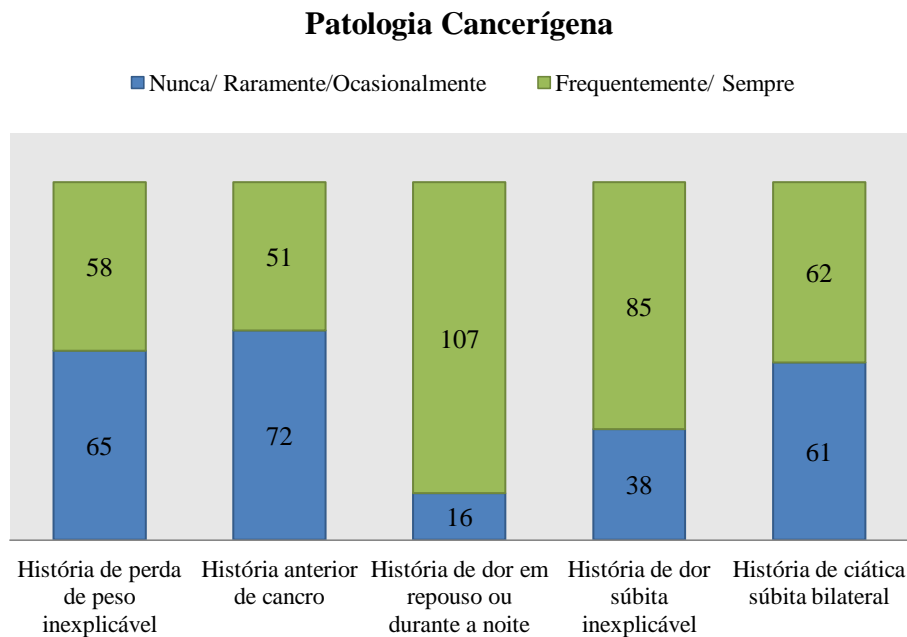
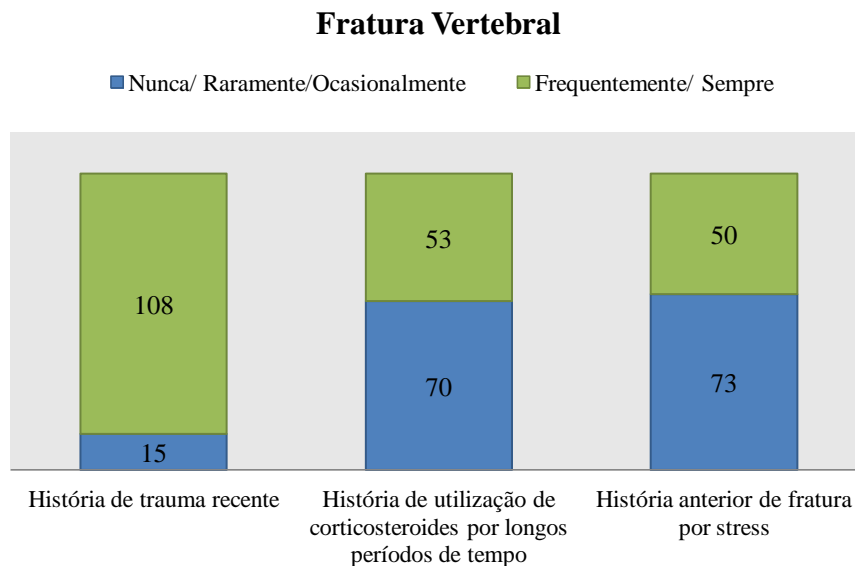
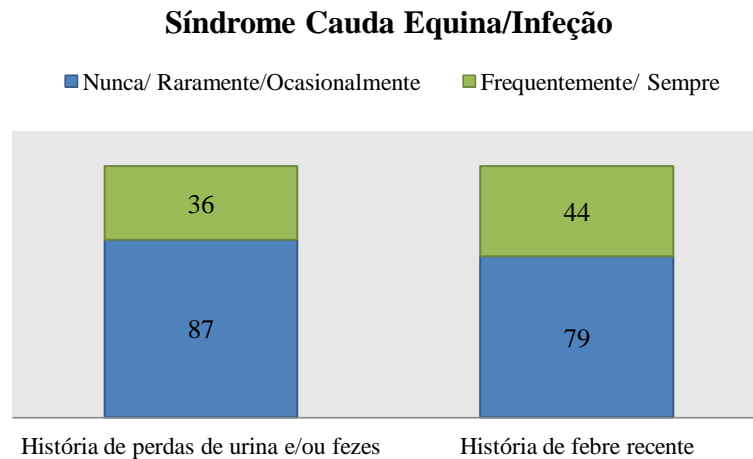


Figura 8 - Parâmetros relacionados com fratura vertebral que são avaliados pelos participantes



Quanto aos parâmetros que se encontram associados à síndrome de cauda equina e a infeção, nenhum é avaliado de forma regular pela maioria dos participantes (Figura 9). A história de perdas de urina e/ou fezes, relacionada com a primeira, é avaliada “frequentemente/sempre” apenas por 29,3% (n=36) dos participantes, enquanto a história de febre recente, associada à segunda, é avaliada “frequentemente/sempre” apenas por 35,8% (n=44).

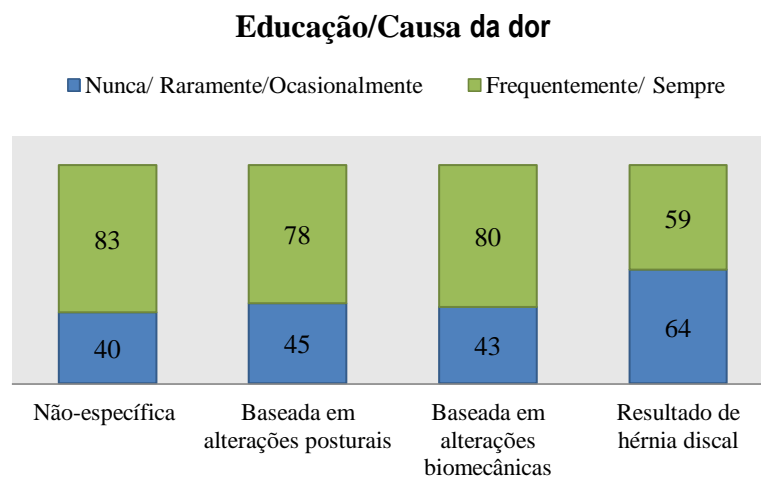
Figura 9 - Parâmetros relacionados com síndrome de cauda equina/infeção que são avaliados pelos participantes



3.3.2. Estratégias de Educação

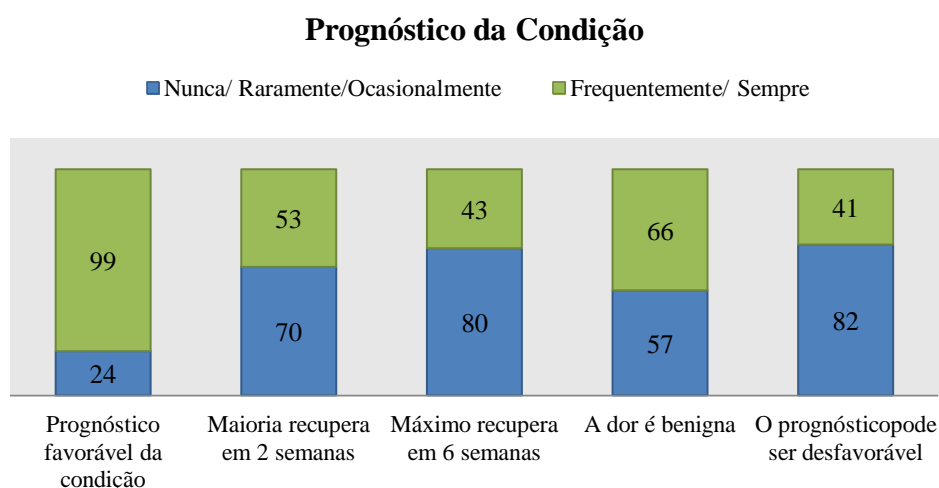
No caso das estratégias de educação, os dados foram categorizados tendo em conta a temática da informação educativa. Na figura 10, pode observar-se o tipo de explicações dadas pelos participantes no que diz respeito à causa/origem da dor. Tanto a explicação não-específica (67,5%; n=83), como as explicações baseadas em alterações posturais (63,4%; n=78) e em alterações biomecânicas (65,0%; n=80), são utilizadas de forma frequente pelos fisioterapeutas que participaram no estudo.

Figura 10 - Explicações fornecidas pelos participantes relativamente à causa da dor



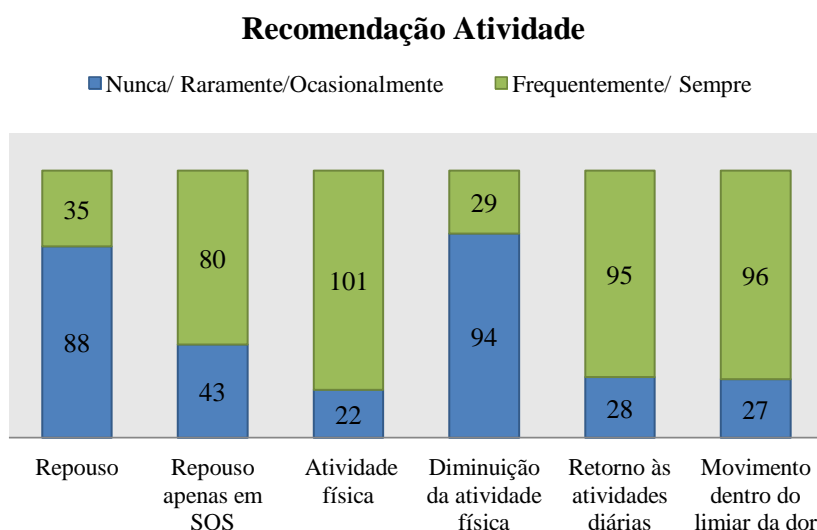
Quanto ao prognóstico da condição (figura 11), apenas 43,1% (n=53) dos participantes informa consistentemente que a maioria dos utentes recupera em 2 semanas, 35,0% (n=43) que, no máximo, a maioria dos utentes recupera em 6 semanas e 33,3% (n=41) que o prognóstico pode ser desfavorável.

Figura 11 - Explicações fornecidas pelos participantes relativamente ao prognóstico da condição



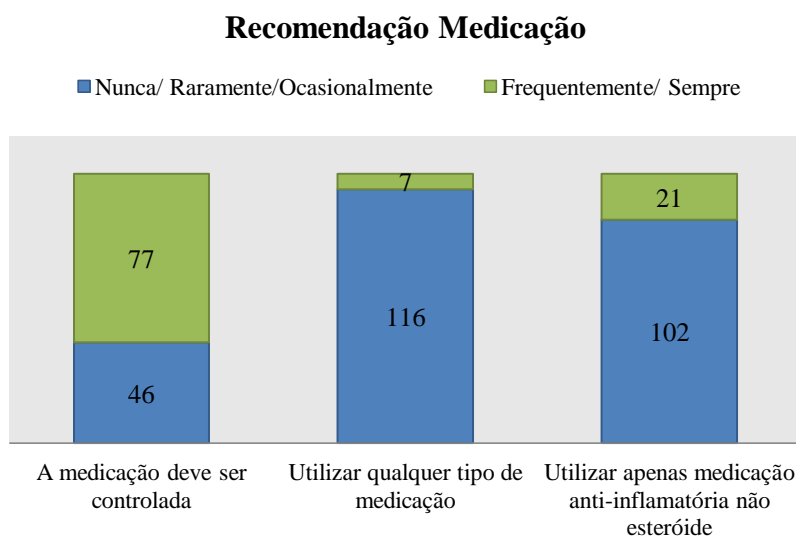
No que diz respeito às recomendações para a atividade (figura 12), a maior parte dos participantes recomenda regularmente a prática de atividade física (82,1%; n=101), o repouso apenas em SOS (65,0%; n=80) e o retorno às atividades diárias (77,2%; n=95). 78,0% (n=96) recomenda que seja realizado movimento dentro do limiar da dor. O repouso é ainda recomendado por 28,5% (n=35) dos participantes.

Figura 12 – Recomendações dadas pelos participantes acerca de atividade



Relativamente à toma de medicamentos (figura 13), apenas 17,1% (n=21) recomenda a utilização apenas de medicação anti-inflamatória não esteroide.

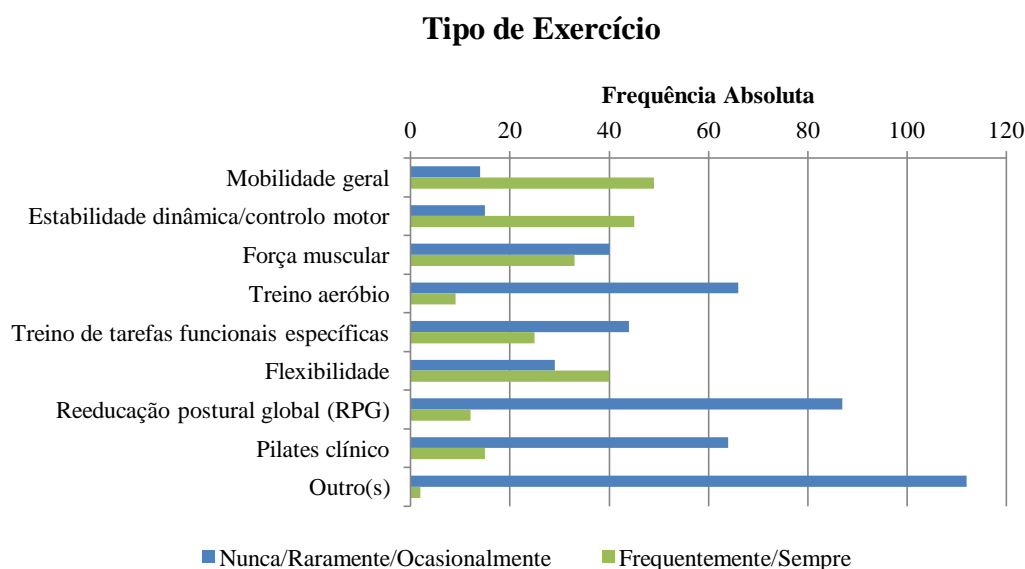
Figura 13 – Recomendações dadas pelos participantes acerca de medicação



3.3.3. Tipos de Exercício

Em relação aos tipos de exercício (figura 14), os mais utilizados são a mobilidade geral (88,6%; n=109) e a estabilidade dinâmica/controlo motor (87,8%; n=108).

Figura 14 – Tipo de exercício utilizado pelos participantes



3.4. Identificação de barreiras e elementos facilitadores

As principais barreiras e elementos facilitadores para a implementação de uma prática informada pela evidência são apresentados, respetivamente, nas figuras 15 e 16. As principais barreiras identificadas pelos participantes foram o facto de não terem tempo para pesquisar (42,3%; n=52) e de não terem tempo suficiente de intervenção (33,3%; n=41). Quanto aos facilitadores, os principais elementos identificados pelos fisioterapeutas que participaram no estudo foram o facto de sentirem responsabilidade profissional em proporcionar aos utentes a melhor prática disponível (97,6%; n=120), da prática informada pela evidência beneficiar os utentes (95,1%; n=117), de terem interesse em desenvolver uma prática informada pela evidência (94,3%; n=116) e de sentirem responsabilidade profissional em contribuir para o desenvolvimento da profissão (93,5%; n=115).

Figura 15 – Barreiras identificadas pelos participantes

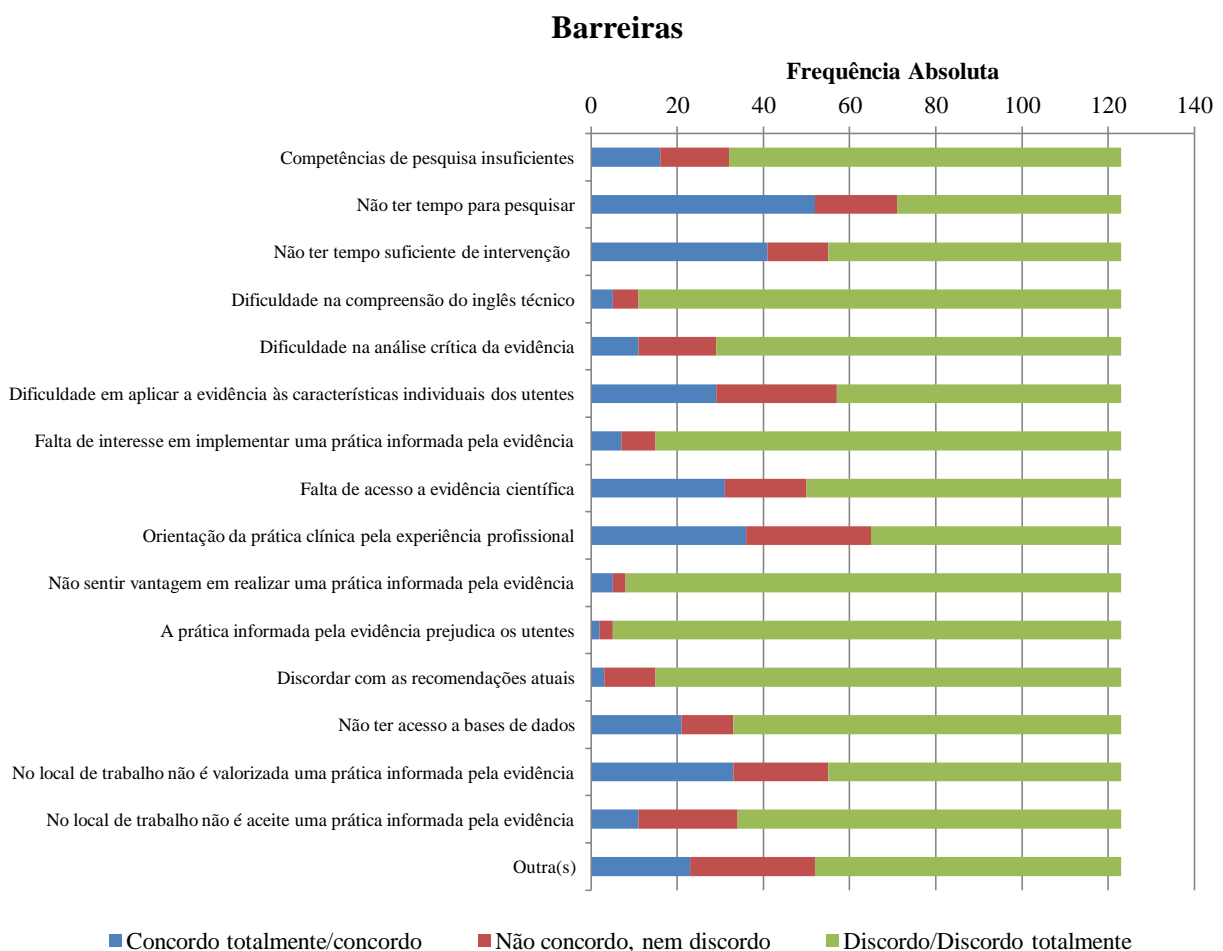
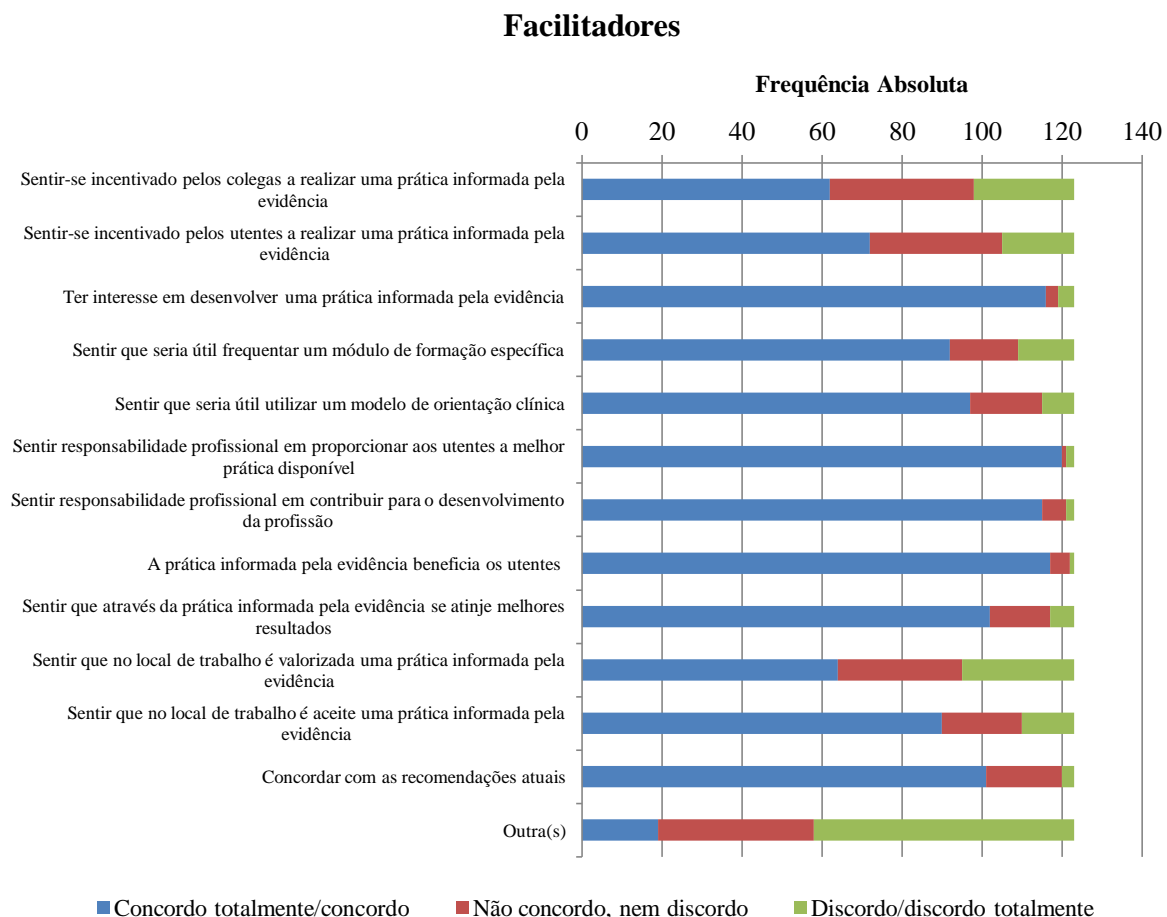


Figura 16 – Facilitadores identificados pelos participantes



3.5. Análise de associações

Foi realizado o teste do qui-quadrado para o estudo das associações entre as variáveis de caracterização do padrão de prática (modalidades de intervenção e estratégias de educação) e a formação pós-graduada, anos de experiência profissional, autonomia no planeamento da intervenção e número médio de sessões. Os dados foram organizados em tabelas de resultados (Apêndice E), nos quais todas as frequências esperadas foram superiores a 5, com exceção de uma associação, para a qual foi utilizado o teste exato de Fisher.

Através das tabelas de resultados, foram avaliadas 96 possíveis relações, das quais 19 apresentaram significância estatística. Nos casos em que os resultados se mostraram estatisticamente significativos, foi analisada a força de associação entre as variáveis através do coeficiente de correlação Phi.

3.5.1. Modalidades de Intervenção

Quanto às modalidades de intervenção, verificou-se que existiram 11 associações estatisticamente significativas. A eletroterapia e os agentes físicos apresentaram significância estatística na sua associação com as quatro variáveis com as quais foram comparados. A educação mostra ter associação estatisticamente significativa e positiva com o número de anos de experiência profissional ($p=0,005$) e associação estatisticamente significativa e negativa com o número médio de sessões incluídas no plano de intervenção ($p=0,033$). A utilização de outra(s) modalidade(s) de intervenção encontra-se também associada de forma estatisticamente significativa e negativa com a formação pós-graduada ($p=0,028$). As restantes modalidades de intervenção não apresentam qualquer associação estatisticamente significativa.

As associações mencionadas apresentam maioritariamente uma força de correlação fraca, à exceção da associação moderada presente em quatro casos, a saber: entre os agentes físicos e o número de anos de experiência profissional ($\phi=-0,336$), entre os agentes físicos e o planeamento condicionado da intervenção ($\phi=0,337$), entre a eletroterapia e o número médio de sessões incluídas no plano de intervenção ($\phi=0,356$), e, por fim, entre os agentes físicos e o médio de sessões incluídas no plano de intervenção ($\phi=0,441$).

O teste de Fisher foi aplicado na associação entre a educação e o número de anos de experiência profissional, que não reunia as condições de aplicabilidade do teste qui-quadrado.

As tabelas do Apêndice F apresentam pormenorizadamente os resultados relativos às associações estatisticamente significativas das modalidades de intervenção.

3.5.2. Estratégias de Educação

Relativamente às estratégias de educação, estas não se encontram associadas de forma estatisticamente significativa com a formação pós-graduada, nem com o planeamento da intervenção. O número de anos de experiência profissional apresenta uma associação estatisticamente significativa e positiva com a explicação acerca da origem não-específica da dor lombar ($p=0,005$), estatisticamente significativa e positiva

com a indicação de que a maioria das pessoas recupera em 2 semanas ($p=0,005$), estatisticamente significativa e positiva com a explicação de que a dor é benigna ($p=0,005$), estatisticamente significativa e positiva com a recomendação para atividade física ($p=0,012$), estatisticamente significativa e positiva com a recomendação para realizar movimento dentro do limiar da dor ($p=0,002$) e estatisticamente significativa e positiva com a recomendação de que a medicação deve ser controlada ($p=0,025$). O número médio de sessões incluídas no plano de intervenção tem associação estatisticamente significativa e positiva com a explicação acerca da origem da dor como resultado de hérnia discal ($p=0,016$) e associação estatisticamente significativa e negativa com a indicação de que a maioria das pessoas recupera em 2 semanas ($p=0,019$).

As associações relativas às estratégias de educação apresentam maioritariamente uma força de correlação fraca, à exceção da associação moderada presente entre o número de anos de experiência profissional e três das variáveis relacionadas, nomeadamente a explicação acerca da origem não-específica da dor lombar ($\phi=0,398$), a indicação de que a maioria das pessoas recupera em 2 semanas ($\phi=0,324$) e a explicação de que a dor é benigna ($\phi=0,353$).

As tabelas do Apêndice G apresentam pormenorizadamente os resultados relativos às associações estatisticamente significativas das estratégias de educação.

4. Discussão dos Resultados

O presente estudo foi realizado com o objetivo de caracterizar a prática (autoreportada) dos fisioterapeutas que intervêm em utentes com dor lombar aguda/subaguda, em Portugal. Pretendeu-se saber quais os parâmetros avaliados, as intervenções realizadas e os resultados medidos pelos fisioterapeutas e perceber se o padrão de prática se afasta, ou não, do que está descrito nas recomendações atuais das normas de orientação clínica. Pretendeu-se também identificar as barreiras e elementos facilitadores para a implementação de uma prática informada pela evidência, bem como examinar as diferenças entre fisioterapeutas experientes/não experientes, entre a realização ou não de formação pós-graduada, entre a autonomia/condicionamento da intervenção e entre o número médio de sessões incluídas no plano de tratamento.

No caso da dor lombar aguda/subaguda, as recomendações apresentam diretivas importantes no que diz respeito à avaliação de *red flags* e causas específicas para a dor lombar, como, por exemplo, a presença de sintomas de cancro e de infeção, a existência de trauma e a existência de doença inflamatória (NICE guideline, 2016). Os dados obtidos neste estudo mostram que não são cumpridas as recomendações atuais, uma vez que a maioria das *red flags* não são avaliadas de forma consistente, não assegurando, portanto, o despiste de patologias sérias nem a correta referenciação dos utentes. Esta incorreta avaliação pode advir do facto de a maioria dos participantes ter uma intervenção condicionada por prescrição médica, sugerindo que não serão, à partida, os profissionais de primeiro contacto e, assim, não vejam necessidade para despistar a presença de uma patologia subjacente.

Relativamente às modalidades de intervenção, as mais utilizadas pelos fisioterapeutas que participaram no estudo são a terapia manual (92,7%; n=114), o exercício (95,1%; n=117) e a educação (88,6%, n=109), o que vai ao encontro das recomendações atuais. Apesar da utilização correta das componentes recomendadas, não se sabe se os fisioterapeutas as utilizam de forma combinada, sobretudo ao nível do uso da terapia manual, que, segundo as normas de orientação clínica, deve ser utilizada em conjunto com o exercício (NICE guideline, 2016).

Dada a falta de efetividade que demonstra (Foster et al, 2018; NICE guideline, 2016), o uso da eletroterapia não é recomendado e, no entanto, 35,8% (n=44) dos

participantes deste estudo reportam a sua utilização. Este achado é coincidente com estudos de outros países, como no estudo de Keating et al (2016), em que 17 a 34% dos fisioterapeutas também reportaram a escolha desta modalidade. Esta incorreta utilização pode estar relacionada com o condicionamento da intervenção por prescrição médica (tendo os fisioterapeutas que utilizar as modalidades prescritas, mesmo que não as considerem pertinentes), com a simplicidade e facilidade de aplicação desta modalidade e com os benefícios percebidos associados à mesma, seja por parte do fisioterapeuta ou do utente (Gracey et al, 2002; Fidvi & May, 2010).

Quanto às estratégias de educação utilizadas, os dados deste estudo mostram que tanto a explicação não-específica (67,5%; n=83) como as explicações baseadas em alterações posturais (63,4%; n=78) e em alterações biomecânicas (65,0%; n=80) são utilizadas de forma frequente pelos fisioterapeutas que participaram no estudo. Este facto parece indicar que, apesar de numa fase inicial os fisioterapeutas fornecerem corretamente a informação aos utentes sobre a natureza não-específica da sua dor, acabam por apresentar uma necessidade de explicar a origem da dor baseada em alterações posturais ou biomecânicas, o que evidencia um conflito na informação prestada. O fornecimento de informação que associe uma causa à existência da dor lombar pode contribuir para a manutenção do problema, uma vez que os utentes poderão atribuir a presença da dor a alguma alteração postural/biomecânica que lhes é característica e que é evidenciada pelo fisioterapeuta. Ao facultar informações contraditórias, os fisioterapeutas poderão também deixar os utentes mais confusos e pouco esclarecidos sobre a causa da sua dor, potenciando a procura de mais respostas e atribuição de mais importância à sua dor (Verbeek et al, 2004).

Os dados do estudo demonstram também que não são cumpridas as normas atuais no que diz respeito à explicação aos utentes acerca do prognóstico da sua condição (Foster et al, 2018; Oliveira et al, 2018), uma vez que apenas 43,1% (n=53) dos participantes informa consistentemente que a maioria dos utentes recupera em 2 semanas e 35,0% (n=43) que, no máximo, a maioria dos utentes recupera em 6 semanas. Se, por um lado, os fisioterapeutas poderão não estar a fornecer esta informação devido à falta de conhecimento sobre a mesma, por outro também podem estar condicionados pela prescrição médica quanto ao número de sessões do plano de tratamento, podendo comprometer o tempo médio de recuperação que a literatura evidencia.

As recomendações para a atividade são, na maior parte dos casos, feitas de acordo com as normas de orientação clínica, já que 82,1% (n=101) dos participantes recomenda regularmente a prática de atividade física, 65,0% (n=80) o repouso apenas em SOS e 77,2% (n=95) o retorno às atividades diárias. Apesar destes achados, que corroboram as normas atuais, é possível verificar que a percentagem de recomendação para repouso é elevada (28,5%; n=35), mostrando que vários fisioterapeutas ainda não dão incentivo para os utentes se manterem ativos, ao contrário do que é sublinhado pelas normas de orientação clínica (Foster et al, 2018; NICE guideline, 2016; Oliveira et al, 2018, Stochkendahl et al, 2017). Este facto é também evidenciado no estudo de Fidvi & May (2010), no qual 46% dos participantes afirma que recomenda repouso aos utentes. As razões da utilização da recomendação para repousar podem estar relacionadas com a falta de conhecimento sobre as normas de orientação clínica, ou então pela falta de importância dada às mesmas, já que muitas vezes os utentes referem que se sentem bem com o repouso (May, 2007). O incentivo ao repouso pode levar à associação da dor ao movimento por parte dos utentes, que poderão evitar a execução de determinados movimentos ou atividades com receio de despoletar a dor ou de que esta aumente, estimulando a continuidade do problema. (Woby et al, 2004).

Relativamente à medição de resultados, a maioria dos participantes (95,1%) afirma que mede os resultados comparativamente à avaliação inicial. Os domínios de resultados mais avaliados são a intensidade da dor (94,3%; n=116), o retorno ao trabalho/atividades diárias (89,4%; n=110) e a funcionalidade (85,4%; n=105). Estes dados mostram semelhança com os do estudo de Davies et al (2014), em que os resultados mais avaliados são a intensidade da dor e a funcionalidade. A avaliação maioritária destes resultados pode estar relacionada com a forma fácil e rápida com que a intensidade da dor e o retorno ao trabalho/atividades diárias conseguem ser medidas, bem como a relevância atribuída pelos fisioterapeutas à avaliação da funcionalidade, de forma a conseguirem perceber o nível de incapacidade associado à dor lombar (Davies et al, 2014).

As principais barreiras à implementação de uma prática informada pela evidência identificadas neste estudo dizem respeito à falta de tempo para pesquisar (42,3%; n=52) e à falta de tempo suficiente de intervenção (33,3%; n=41). Estas duas barreiras podem ser consequentes a outras já identificadas na literatura, nomeadamente a organização dos serviços, com excessiva carga de trabalho (Ramírez-Vélez et al,

2015) e os modelos de reembolso dos cuidados de saúde, com remuneração associada ao número de utentes tratados e não à efetividade do tratamento que lhes é prestado (Foster et al, 2018). Este facto faz com que os fisioterapeutas tenham vários utentes ao seu cuidado num curto espaço de tempo, não permitindo a aplicação das recomendações. Sendo o reembolso feito por técnica, é também estimulada a utilização de um maior número de técnicas, mesmo que não apresentem evidência científica, e de um maior número de sessões, levando à realização de tratamentos que não são necessários e um uso incorreto dos recursos (Foster et al, 2018; Fidvi & May, 2010).

No caso dos facilitadores, os principais elementos identificados pelos fisioterapeutas que participaram no estudo foram o facto de sentirem responsabilidade profissional em proporcionar aos utentes a melhor prática disponível (97,6%; n=120) e em contribuir para o desenvolvimento da profissão (93,5%; n=115), bem como concordarem que a prática informada pela evidência beneficia os utentes (95,1%; n=117) e de terem interesse em desenvolver uma prática informada pela evidência (94,3%; n=116). A identificação destes elementos facilitadores sugere vontade de implementação de uma prática informada pela evidência, embora os dados obtidos não reflitam a sua aplicação na totalidade.

A análise das diferenças do padrão de prática entre fisioterapeutas experientes/não experientes, entre a realização ou não de formação pós-graduada, entre a autonomia/condicionamento da intervenção e entre o número médio de sessões incluídas no plano de tratamento prende-se com a influência que estas variáveis poderão ter relativamente à aplicação de algumas componentes, como as modalidades de intervenção e as estratégias de educação.

No que diz respeito à caracterização dos participantes, a maioria realizou formação pós-graduada na área das condições músculo-esqueléticas (59,3%) e apresenta menos de 5 anos de experiência de prática clínica com utentes com dor lombar aguda/subaguda (68,3%). Tanto a realização de formação pós-graduada, como os anos de experiência, poderão influenciar as modalidades de intervenção realizadas. No caso da formação pós-graduada, a sua realização ou não realização poderá possibilitar maior ou menor escolha por parte dos fisioterapeutas, sendo possível potenciar ou desencorajar, sobretudo, as componentes de exercício e de terapia manual. Os anos de experiência poderão influenciar a utilização da componente educacional, já que, de

acordo com o estudo de Forbes et al (2017), esta é maioritariamente utilizada pelos fisioterapeutas mais experientes.

Quanto às associações relativas às modalidades de intervenção, a eletroterapia e os agentes físicos mostraram ter associações negativas com o número de anos de experiência profissional, verificando-se, pelo contrário, uma associação positiva entre esta variável e a educação. Este achado mostra que os fisioterapeutas mais experientes utilizam mais a educação (concordante com os dados de Forbes et al, 2017) e menos os componentes não recomendados, como é o caso da eletroterapia e dos agentes físicos. Este facto é evidenciado no estudo de Forbes et al (2017), no qual os fisioterapeutas experientes reconhecem mais a importância do ensino de estratégias de auto gestão.

Dados opostos estão presentes na associação entre estas três modalidades e o número médio de sessões. Quanto maior é o número médio de sessões, mais são utilizadas as componentes de eletroterapia e agentes físicos e menos é utilizada a educação. Este facto não se mostra inesperado, já que a correta utilização da componente educacional deverá levar à necessidade de menos sessões, uma vez que são fornecidas estratégias de auto gestão aos utentes, proporcionando, assim, um aumento da capacidade individual para lidar com o problema e, por conseguinte, menos necessidade de manter o tratamento de fisioterapia.

Os dados obtidos nas associações entre o planeamento condicionado por prescrição médica mostram-se mais inesperados, uma vez que, apesar do maior uso da eletroterapia estar associado a um maior condicionamento da intervenção, o maior uso de agentes físicos está associado a uma maior autonomia. A possibilidade de escolher autonomamente o plano de intervenção deveria refletir a utilização das componentes mais suportadas pela evidência, embora a aplicação das recomendações esteja muitas vezes dependente da perceção dos fisioterapeutas sobre a eficácia de determinadas técnicas ou do grau de concordância com as mesmas (Gracey et al, 2002).

As estratégias de educação apresentam associações estatisticamente significativas com o número de anos de experiência profissional. Quanto maior é o número de anos de experiência, mais frequentemente é feita uma explicação acerca da origem não-específica da dor lombar e de que a dor é benigna, uma indicação de que a maioria das pessoas recupera em 2 semanas e uma recomendação para atividade física e de que a medicação deve ser controlada. Estes achados mostram maior conhecimento das recomendações por parte dos fisioterapeutas mais experientes e maior aplicação das

estratégias de educação evidenciadas nas normas de orientação clínica, concordante com o estudo de Ramírez-Vélez et al (2015), no qual, a partilha de conhecimento e a experiência adquirida são considerados elementos facilitadores da integração da evidência na prática clínica.

Limitações do estudo

No que diz respeito às limitações do estudo, podem identificar-se alguns *viés* de informação, nomeadamente a incorreta interpretação das questões do questionário, devido ao autopreenchimento (sem presença do investigador). Outro *viés* relaciona-se com o facto das respostas obtidas estarem dependentes da opinião dos fisioterapeutas e da sua memória. É ainda possível existir o *viés* de desejabilidade social, ou seja, o facto dos fisioterapeutas fornecerem informação que antecipam como sendo socialmente desejável, e não exatamente aquilo que reflete a sua realidade.

De forma a minimizar o *viés* de autopreenchimento, foram dadas instruções de preenchimento ao longo do questionário e foi fornecido um *email* para esclarecimento de qualquer dúvida. Para reduzir o *viés* de desejabilidade social e potenciar respostas realistas, foi reforçada a informação sobre o anonimato do questionário.

Outro fator limitativo do estudo é o tamanho reduzido da amostra e o facto de esta ter sido selecionada por conveniência, não possibilitando que seja representativa da população, nem permitindo a extrapolação dos resultados para a população-alvo, ou seja, todos os fisioterapeutas portugueses.

Implicações do estudo

Dada a escassez de estudos realizados em Portugal sobre esta temática, este estudo poderá representar um importante contributo para a prática clínica dos fisioterapeutas que intervêm em utentes com dor lombar aguda e subaguda. Uma vez que se verificou que as recomendações atuais não são aplicadas de forma consistente na prática clínica, os dados deste estudo poderão fomentar uma reflexão sobre o padrão da prática clínica atual. Partindo destes resultados e desta reflexão, os fisioterapeutas poderão procurar melhorar a sua intervenção e tentar uniformizar a mesma, contribuindo para a mudança da prática futura.

Perspetivas de investigação futura

Para o futuro, e visto que não são aplicadas as recomendações atuais no que diz respeito a parâmetros como a avaliação de *red flags*, a utilização elevada de eletroterapia e da recomendação para repouso e a falta de fornecimento de informação sobre o prognóstico da condição, torna-se importante explorar as razões inerentes a estas discrepâncias entre a evidência teórica e a prática clínica.

A falta de cumprimento das recomendações atuais verificadas no estudo mostra também ser pertinente perceber se os fisioterapeutas concordam com as recomendações e se têm interesse em modificar a sua intervenção (estadios de mudança comportamental), de modo a ser possível otimizar a prática clínica futura.

Por fim, uma vez que as principais barreiras para a implementação da prática informada pela evidência identificadas neste estudo foram reportadas por uma minoria dos participantes, considera-se ainda pertinente mais investigação sobre as mesmas.

5. Conclusão

Apesar das limitações referidas, consideramos que o estudo desenvolvido representa um contributo importante para a prática da fisioterapia em Portugal. A caracterização da prática corresponde ao primeiro passo, necessário e fulcral, para se poder, em primeiro lugar, identificar problemáticas e, em segundo lugar, melhorar a implementação de uma prática informada pela evidência.

Este estudo permitiu perceber que a prática da fisioterapia em utentes com dor lombar aguda/subaguda em Portugal não está a ser feita de acordo com as recomendações apresentadas na literatura. Tal facto pode estar a ser condicionado pela falta de autonomia na escolha das modalidades de tratamento, referida pela maioria dos participantes, bem como pela falta de tempo de pesquisa e de intervenção.

A confirmação da divergência entre a evidência teórica e a prática exercida pode significar que não estão a ser prestados os melhores cuidados de saúde possíveis, com implicações nos benefícios obtidos pelos utentes.

Por fim, a realização deste estudo pretende permitir, no futuro, o desenvolvimento de um modelo conceptual que suporte os fisioterapeutas na implementação consistente de cuidados de elevada qualidade em utentes com dor lombar aguda/subaguda, com base na melhor e mais atual evidência científica. A mudança efetiva de paradigma poderá permitir uma redução dos custos inerentes ao tratamento desta condição, diminuir o número de casos que evoluem para a cronicidade e proporcionar melhores cuidados de saúde.

6. Referências Bibliográficas

1. Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (2018), *O perfil profissional do fisioterapeuta*, Conselho Diretivo Nacional da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, disponível em <http://www.apfisio.pt/documentos-estruturantes/>
2. Casserley-Feeney, S. N., Bury, G., Daly, L., & Hurley, D. A. (2008), *Physiotherapy for low back pain: Differences between public and private healthcare sectors in Ireland—A retrospective survey*, *Manual Therapy*, 13, pp 441-449.
3. Davies, C. et al (2014), *Practice patterns when treating patients with low back pain: a survey of physical therapists*, *Physiotherapy Theory and Practice*, 30 (6), pp 399-408.
4. DeVon, H.A. et al (2007), *A Psychometric Toolbox for Testing Validity and Reliability*, *Journal of Nursing Scholarship*, 39:2, pp 155-164.
5. Fidvi, N. & May, S. (2010), *Physiotherapy management of low back pain in India – a survey of self-reported practice*, *Physiotherapy Research International*, 15 (3), pp 150-159.
6. Forbes, R., Mandrusiak, A., Smith, M., Russell, T. (2017), *A comparison of patient education practices and perceptions of novice and experienced physiotherapists in Australian physiotherapy settings*, *Musculoskeletal Science and Practice*, 28, pp 46-53.
7. Foster, N.E. et al (2018), *Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions*, *The Lancet*, 391 (10137), pp 2368-2383.
8. Gil, J., Cabri, J. & Ferreira, P. (2009), *Efectividade dos cuidados de fisioterapia em doentes ambulatoriais com problemas lombares não específicos*, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 8, pp 35-50.
9. Gracey, J. H., McDonough, S. M., & Baxter, G. D. (2002), *Physiotherapy management of low back pain: a survey of current practice in Northern Ireland*, *Spine*, 27, pp 406-411.
10. Hancock, M., Maher, C., Costa, L., & Williams, C. (2014), *A guide to survival analysis for manual therapy clinicians and researchers*, *Manual Therapy*, 19, pp 511-516.

11. Hartvigsen, J. et al (2018), *What low back pain is and why we need to pay attention*, The Lancet, 391 (10137), pp 2356-2367.
12. Heneghan, C., Godlee, F. (2013), *Where next for evidence based healthcare?*, British Journal of Sports Medicine, pp 346:f766.
13. Keating, J. L. et al (2016), *Providing services for acute low-back pain: A survey of Australian physiotherapists*, Manual Therapy, pp 1-8.
14. Li, L.C. & Bombardier, C. (2001). *Physical therapy management of low back pain: An exploratory survey of therapist approaches*, Physical therapy, 81(4), pp 1018-1028.
15. Maroco, J. (2007), *Análise estatística com utilização do SPSS*, 3ª edição, Edições Sílabo.
16. May, S. (2007), *Patients' attitudes and beliefs about back pain and its management after physiotherapy for low back pain*, Physiotherapy Research International, 12(3), pp 126-135.
17. Menezes, L. et al (2012), *The prognosis of acute and persistent low back pain: a meta-analysis*, Canadian Medical Association Journal, 184 (11), pp 613-624.
18. Moniz, S., Cruz, E. & Fernandes, R. (2012), *Caracterização da intervenção da Fisioterapia em indivíduos com dor lombar crónica, e seus resultados a nível da dor e capacidade funcional*, Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde, disponível em <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/4254>.
19. National Institute for Health and Care Excellence (2016), *Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management*, NICE Guideline, disponível em <https://www.nice.org.uk/guidance/ng59>.
20. Oliveira, C.B. et al (2018), *Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview*, European Spine Journal, pp 1-13.
21. Oppenheim, A.N. (2005), *Questionnaire design, interviewing and attitude measurement*, London:Continuum.
22. Pensri, P., Foster, N.E., Srisuk, S., Baxter, G.D. & McDonough, S.M. (2005), *Physiotherapy management of low back pain in Thailand: a study of practice*, Physiotherapy Research International, 10 (4), pp 201-212.
23. Qaseem, A., Wilt, T.J., McLean, R.M. & Forciea, M.A (2017), *Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical*

- Practice Guideline From the American College of Physicians*, ACP, Disponível em annals.org/pdfaccess.ashx?url=/data/journals/aim/.../aime201704040-m162367.pdf.
24. Ramírez-Vélez, R., Bagur-Calafat, M.C., Correa-Bautista, J.E., & Girabent-Farrés, M. (2015). *Barriers against incorporating evidence-based practice in physical therapy in Colombia: current state and factors associate*, BMC Medical Education, 15(220), pp 1-11.
 25. Stochkendahl, M. T. et al (2017), *National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy*, European Spine Journal, 27, pp 60-75.
 26. Terwee, C.B. et al (2007), *Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires*, Journal of Clinical Epidemiology, 60, pp 34-42.
 27. Verbeek, J., Sengers, M., Riemens, L. & Haafkens, J. (2004), *Patient Expectations of Treatment for Low Back Pain*, Spine, 29, pp 2309-2318.
 28. Verhagen, A. P., Downie, A., Popal, N., Maher, C. & Koes, B. (2016) *Red flags presented in current low back pain guidelines: a review*, European Spine Journal, 25, pp 2788–2802.
 29. Woby, S.R., Watson, P.J., Roach, N.K. & Urmston, M. (2004), *Are changes in fear-avoidance beliefs, catastrophizing, and appraisals of control, predictive of changes in chronic low back pain and disability?*, European Journal of Pain, 8, pp 201-210.

Lista de Figuras

Figura 1 – Fluxograma do estudo.....	14
Figura 2 – Parâmetros da avaliação subjetiva inicial avaliados pelos participantes.....	17
Figura 3 – Parâmetros da avaliação objetiva inicial avaliados pelos participantes.....	17
Figura 4 – Objetivos da intervenção considerados pelos participantes.....	18
Figura 5 – Modalidades de intervenção utilizadas pelos participantes.....	18
Figura 6 – Domínios de resultados avaliados pelos participantes.....	19
Figura 7 – Parâmetros relacionados com patologia cancerígena que são avaliados pelos participantes.....	20
Figura 8 - Parâmetros relacionados com fratura vertebral que são avaliados pelos participantes.....	20
Figura 9 - Parâmetros relacionados com síndrome de cauda equina/infeção que são avaliados pelos participantes.....	21
Figura 10 – Explicações fornecidas pelos participantes relativamente à causa da dor...	21
Figura 11 - Explicações fornecidas pelos participantes relativamente ao prognóstico da condição.....	22
Figura 12 – Recomendações dadas pelos participantes acerca de atividade.....	22
Figura 13 – Recomendações dadas pelos participantes acerca de medicação.....	23
Figura 14 – Tipo de exercício utilizado pelos participantes.....	23
Figura 15 – Barreiras identificadas pelos participantes.....	24
Figura 16 – Facilitadores identificados pelos participantes.....	25

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Caracterização dos participantes.....	15
Tabela 2 – Caracterização genérica do padrão de prática dos participantes.....	16

Apêndice A – Questionário de caracterização da prática clínica atual dos fisioterapeutas em utentes com dor lombar aguda e subaguda

Mensagem de Boas Vindas:

O meu nome é Susana Filipa Salvado de Sá e sou estudante do 2º ano do Mestrado em Fisioterapia nas Condições Músculo-Esqueléticas, lecionado pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal em parceria com a Nova Medical School/Faculdade de Ciências Médicas e com a Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

Neste momento estou a realizar um estudo, sob orientação científica do professor Eduardo Cruz e co-orientação da professora Lúcia Domingues, cuja finalidade é caracterizar a prática (autoreportada) dos fisioterapeutas em utentes com dor lombar aguda/subaguda em Portugal.

A sua participação neste estudo é apenas solicitada através do preenchimento deste questionário.

Por favor clique em “Seguinte” para avançar para o formulário de Consentimento Informado.

Formulário de Consentimento Informado:

Caro(a) colega,

É convidado(a) a participar num estudo realizado pela discente Susana Filipa Salvado de Sá, sob orientação científica do professor Eduardo Cruz e co-orientação da professora Lúcia Domingues, enquadrado na Unidade Curricular de Trabalho de Projeto do 2º ano do Curso de Mestrado em Fisioterapia – Ramo de Condições Músculo-Esqueléticas, lecionado em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal com a Nova Medical School/Faculdade de Ciências Médicas e Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

O objetivo deste estudo é caracterizar a prática (autoreportada) dos fisioterapeutas em utentes com dor lombar aguda/subaguda em Portugal, no que diz respeito aos parâmetros avaliados, intervenções realizadas e aos outcomes medidos, bem como identificar as barreiras e os elementos facilitadores para a implementação de uma prática informada pela evidência.

Foi selecionado(a) para participar neste estudo por ser um(a) fisioterapeuta que trabalha em Portugal, seja no setor público e/ou no setor privado, e acompanha utentes com dor lombar aguda/subaguda com idade igual ou superior a 16 anos e inferior a 65 anos.

A sua participação neste estudo é voluntária e é-lhe apenas solicitado que complete este questionário, com um tempo de preenchimento estimado de 15 minutos. Pode abandonar o preenchimento do mesmo a qualquer momento, sem consequências negativas. Salienta-se também que a plataforma **guarda automaticamente** as respostas às diferentes secções, podendo os participantes **parar o preenchimento do questionário** e **continuar mais tarde**, desde que no prazo estabelecido.

Será utilizado um sistema de codificação da sua identidade, que permitirá que o estudo funcione em anonimato. Os dados serão apresentados no âmbito da apresentação do Trabalho de Projeto do Mestrado em Fisioterapia, mas nunca de forma individual. Uma vez apresentados os resultados, os dados originais serão destruídos.

Para continuar, por favor selecione o item abaixo:

- ☒ Declaro que compreendi os procedimentos descritos acima e aceito participar no estudo.

SECÇÃO 1 – Caracterização dos fisioterapeutas

Este questionário é dirigido a fisioterapeutas que exerçam prática clínica atual na área musculoesquelética, nomeadamente na intervenção em utentes com dor lombar aguda/subaguda, com idade superior a 16 anos e inferior a 65 anos.

Se não intervir em utentes com dor lombar aguda/subaguda, ou se **todos os seus utentes** com dor lombar **têm idade inferior a 16 anos ou superior a 65 anos**, por favor **não preencha** este questionário.

1. Género: ☐ Feminino ☐ Masculino
2. Idade: _____
3. Quais as suas qualificações académicas? (*Assinale todas as que se aplicam*)

Grau	
Bacharelato em Fisioterapia	<input type="checkbox"/>
Licenciatura em Fisioterapia	<input type="checkbox"/>
Mestre em Fisioterapia	<input type="checkbox"/>
Mestre numa área relacionada	<input type="checkbox"/>
Doutorado em Fisioterapia	<input type="checkbox"/>
Doutorado numa área relacionada	<input type="checkbox"/>

- 3.1. Se respondeu “Mestre numa área relacionada”, indique qual: _____

3.2. Se respondeu “Doutorado numa área relacionada”, indique

qual: _____

4. Qual a sua escola de formação base?

Escola	
Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias	
Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra	
Instituto Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde	
Instituto Politécnico de Lisboa – Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa	
Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde	
Instituto Politécnico do Porto – Escola Superior de Saúde	
Universidade de Aveiro – Escola Superior de Saúde de Aveiro	
CESPU – Instituto Politécnico de Saúde do Norte – Escola Superior de Saúde do Vale do Ave	
CESPU – Instituto Politécnico de Saúde do Norte – Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa	
Escola Superior de Saúde Atlântica	
Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha	
Escola Superior de Saúde de Santa Maria	
Escola Superior de Saúde de Alcoitão	
Escola Superior de Saúde Egas Moniz	
Escola Superior de Saúde Jean Piaget – Algarve	
Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia	
Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Viseu	
Instituto Superior de Saúde do Alto Ave	
Universidade Fernando Pessoa – Escola Superior de Saúde	

5. Realizou formações pós-graduadas na área de condições músculo-esqueléticas?

☐ Sim

☐ Não

5.1. Se sim, indique quais?

Formação	
Cyriax	
McKenzie	
Maitland	
Mobilização do Sistema Nervoso	
Reeducação Postural Global	
Pilates Clínico	
Outra(s), Qual(is)? _____	

6. Quantos anos de experiência profissional tem?

☐ Menos de 3 anos

☐ 3-5 anos

☐ 6-10 anos

☐ Mais de 10 anos

7. Quantos anos de experiência de prática clínica com utentes com dor lombar aguda/subaguda tem?

☐ Menos de 3 anos

☐ 3-5 anos

☐ 6-10 anos

☐ Mais de 10 anos

8. Qual(ais) o(s) local(ais) de prática clínica onde exerce?

☐ Hospital

☐ Clínica

☐ Prestação de serviços domiciliários

☐ Outro, qual? _____

9. Qual(ais) o(s) setor(es) onde exerce?

☐ Público

☐ Privado

☐ Convencionado

☐ Misto

9.1. Se selecionou mais do que um sector de trabalho, por favor indique em qual exerce predominantemente:

☐ Publico

☐ Privado

☐ Convencionado

☐ Misto

10. Qual o contexto onde exerce?

Se selecionou mais do que um setor de trabalho, por favor responda a esta pergunta tendo em conta o setor onde exerce predominantemente.

- ☐ Sozinho(a)
- ☐ Em equipa com outros fisioterapeutas
- ☐ Em equipa multidisciplinar
- ☐ Outra, qual? _____

SECÇÃO 2 – Caracterização genérica do padrão de prática

Se selecionou mais do que um setor de trabalho, por favor preencha esta secção relativamente à prática clínica no setor onde exerce predominantemente.

1. Diariamente qual o número de utentes com dor lombar aguda/subaguda com os quais intervém?

- ☐ 0-2 utentes
- ☐ 3-5 utentes
- ☐ 6-8 utentes
- ☐ Mais de 8 utentes

2. Quem referencia os utentes com dor lombar aguda/subaguda para a Fisioterapia?

- ☐ Médico
- ☐ Fisioterapeuta
- ☐ Autorreferenciação
- ☐ Outra situação, qual? _____

3. Com que frequência o planeamento da intervenção em utentes com dor lombar aguda/subaguda, é:

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
Condicionado por prescrição médica					
Definido autonomamente					

4. Se o seu planeamento da intervenção é condicionado por prescrição médica, quais os parâmetros incluídos?

- ☐ Número de Sessões
- ☐ Estratégias de Intervenção
- ☐ Ambos

5. Em média, qual o número de sessões que o plano de intervenção em utentes com dor lombar aguda/subaguda inclui?

- ☐ 1-4 sessões
- ☐ 5-8 sessões
- ☐ 9-12 sessões
- ☐ 13-16 sessões
- ☐ 17-20 sessões
- ☐ Mais de 20 sessões

6. Com que frequência inclui os seguintes parâmetros na sua avaliação subjetiva inicial com utentes com dor lombar aguda/subaguda?

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
Avaliação de <i>red flags</i>					
Avaliação do padrão da dor ao longo do dia					
Avaliação dos fatores que agravam os sintomas					
Avaliação dos fatores que aliviam os sintomas					
Avaliação da irritabilidade					
Avaliação da severidade					
Avaliação da localização dos sintomas (Ex: Preenchimento do <i>Body Chart</i>)					
Avaliação de antecedentes familiares					
Avaliação do tipo de dor (Ex: dor nociceptiva, dor neuropática)					
Avaliação de possíveis estrutura lesadas (Ex: Disco intervertebral)					
Avaliação dos fatores contribuintes ambientais/ergonómicos					
Avaliação dos fatores contribuintes psicossociais (<i>yellow, blue e black flags</i>)					
Avaliação das fases de reparação tecidual (Fase aguda inflamatória, de proliferação, de remodelação e de maturação)					
Avaliação da história clínica anterior					

7. Com que frequência inclui os seguintes parâmetros na sua avaliação objetiva inicial com utentes com dor lombar aguda/subaguda?

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
Observação estática (Ex: Postura)					
Observação dinâmica (Ex: Marcha)					
Movimentos fisiológicos ativos (Ex: Flexão/Extensão da coluna)					
Movimentos funcionais ativos (Ex: Levantar/Sentar)					
Movimentos fisiológicos passivos (Ex: Flexão/Extensão da coluna)					
Movimentos fisiológicos resistidos (Ex: Flexão/Extensão da coluna)					
Testes Neurológicos (Ex: Reflexos, Dermatomas e Miotomas)					
Testes Neurodinâmicos (Ex: SLR, SLUMP Test)					
Palpação dos tecidos moles (Ex: Estado da pele, <i>stiffness</i> muscular)					
Movimentos Acessórios					
Testes de integridade articular					

8. Com que frequência considera os seguintes objetivos de intervenção em utentes com dor lombar aguda/subaguda?

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
Alívio da dor					
Qualidade de vida relacionada com a saúde					
Aumento da amplitude articular					
Promoção da funcionalidade					
Retorno ao trabalho/atividades diárias					
Prevenção de recorrências					
Educação/Aconselhamento					

9. Qual o padrão de prática clínica que utiliza em utentes com dor lombar aguda/subaguda?

- ☐ Unimodal (Apenas centrada numa modalidade terapêutica. Ex: Agentes Físicos)
- ☐ Multimodal (Centrada na combinação de modalidades terapêuticas. Ex: Educação e Terapia manual)

10. Com que frequência utiliza as seguintes estratégias de intervenção com utentes com dor lombar aguda/subaguda?

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
Educação					
Eletroterapia					
Exercício					
Terapia manual (Ex: mobilização vertebral, manipulação, massagem)					
Agentes físicos (Ex: gelo, calor húmido)					
Outra(s)					

10.1. Se utiliza “outra(s)” estratégias de intervenção, especifique qual (ais).

11. Na prática clínica com utentes com dor lombar aguda/subaguda mede os resultados da intervenção comparativamente à avaliação inicial?

☐ Sim

☐ Não

11.1. Se sim, com que frequência avalia os seguintes domínios de resultado?

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
Intensidade da Dor					
Qualidade de vida relacionada com a saúde					
Amplitude articular					
Funcionalidade					
Retorno ao trabalho/atividades diárias					
Perceção global de mudança					
Integração de recomendações no dia-a-dia					
Outro(s)					

11.1.1. Se identificou “outro(s)” domínios de resultado, especifique qual(is).

10.1. Se sim, com que frequência avalia os seguintes domínios de resultado e que instrumentos de medida utiliza?

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
Intensidade da Dor					
Escala Numérica da Dor					
Escala Visual Análoga					
Outra					
Qualidade de vida relacionada com a saúde					
<i>EuroQol</i>					
SF-36					
Outra					
Amplitude articular					
Goniometria					
Outra					
Funcionalidade					
Roland Morris Disability Questionnaire					
Quebec Back Pain Disability Scale					
Outra					
Retorno ao trabalho/atividades diárias					
Número de dias					
Outra					
Perceção global de mudança					
<i>Patients' Global Impression of Change</i>					
<i>Global Back Recovery Scale</i>					
Outra					
Integração de recomendações no dia-a-dia					
Pergunta Direta					
Demonstração					
Repetição da explicação por parte do utente					
Outra					

10.1.1. Se utiliza “outro(s)” instrumentos de medida, especifique qual(is).

SECÇÃO 3 – Caracterização específica do padrão de prática

Se selecionou mais do que um setor de trabalho, por favor preencha esta secção relativamente à prática clínica no setor onde exerce predominantemente.

1. Com que frequência avalia os seguintes parâmetros?

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
História de dor em repouso ou durante a noite					
História de trauma recente					
História de febre recente					
História de utilização de corticosteroides por longos períodos de tempo					
História de dor súbita inexplicável					
História anterior de fratura por <i>stress</i>					
História de ciática súbita bilateral					

História anterior de cancro					
História de perda de peso inexplicável					
História de perdas de urina e/ou fezes					

2. Com que frequência utiliza as seguintes estratégias de educação na sua prática clínica com utentes com dor lombar aguda/subaguda?

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
Explicação acerca da origem não-específica da dor lombar					
Explicação acerca da origem da dor baseada em alterações posturais					
Explicação acerca da origem da dor baseada em alterações biomecânicas					
Explicação acerca da origem da dor como resultado de hérnia discal					
Recomendação para repousar apenas em caso de SOS					
Recomendação para repousar					
Recomendação para atividade física					
Recomendação para diminuição dos níveis de atividade física					
Explicação do prognóstico favorável da condição					
Alerta de possível prognóstico desfavorável					
Indicação de que a maioria das pessoas recupera em 2 semanas					
Indicação de que no máximo a maioria das pessoas recupera em 6 semanas					
Explicação de que a dor é benigna					
Recomendação de que a medicação deve ser controlada					
Recomendação de utilizar qualquer tipo de medicação (Ex: Corticosteroides)					
Recomendação para utilizar apenas medicação anti-inflamatória não esteroide (AINEs)					
Aconselhamento para retorno às atividades diárias					
Recomendação para realizar movimento dentro do limiar da dor					

3. Com que frequência inclui os seguintes tipos de exercícios na sua prática clínica com utentes com dor lombar aguda/subaguda?

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
Exercícios de mobilidade geral					
Exercícios de estabilidade dinâmica/ Controlo motor					
Exercícios de força muscular					
Treino aeróbio					
Treino de tarefas funcionais específicas					
Exercícios de flexibilidade					
Reeducação postural global (RPG)					
Pilates Clínico					
Outro(s)					

- 3.1. Se utiliza “outro(s) tipo(s) de exercícios” como estratégias de educação, especifique qual(is).

SECÇÃO 4 – Identificação de barreiras e elementos facilitadores para a prática de acordo com as recomendações das normas de orientação clínica atual

Se selecionou mais do que um setor de trabalho, por favor preencha esta secção relativamente à prática clínica no setor onde exerce predominantemente.

1. Classifique de acordo com o seu grau de concordância as seguintes barreiras à implementação da prática de acordo com as recomendações das normas de orientação clínica atuais:

Barreiras	Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo, nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
Sinto que as minhas competências de pesquisa são insuficientes					
Sinto que não tenho tempo para pesquisar					
Sinto que não tenho tempo suficiente de intervenção para implementar uma prática informada pela evidência					
Sinto dificuldade na compreensão do inglês técnico da literatura científica					
Sinto dificuldade na análise crítica da evidência científica					
Sinto dificuldade em aplicar a evidência científica às características individuais dos utentes na prática clínica					
Sinto falta de interesse por implementar uma prática clínica informada pela evidência					
Sinto que tenho falta de acesso a evidência científica (acesso a cópias de literatura científica)					
Oriento a minha prática clínica pela minha experiência profissional					
Não sinto nenhuma vantagem em realizar uma prática informada pela evidência					
A prática informada pela evidência prejudica os utentes					
Discordo com as recomendações das normas de orientação clínica atuais					
Sinto que não tenho acesso a bases de dados (Ex: <i>Pubmed</i>)					
Sinto que no meu local de trabalho não é valorizada uma prática informada pela evidência					
Sinto que no meu local de trabalho não é aceite uma prática informada pela evidência					
Outra(s)					

1.1. Se identificou “outra(s)” barreira(s), especifique qual(is).

2. Classifique de acordo com o seu grau de concordância os seguintes fatores facilitadores à implementação da prática de acordo com as recomendações das normas de orientação clínica atuais:

Elementos Facilitadores	Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo, nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
Sinto-me incentivado por parte dos meus colegas de trabalho a realizar uma prática informada pela evidência					
Sinto-me incentivado por parte dos meus utentes de trabalho a realizar uma prática informada pela evidência					
Sinto interesse em desenvolver uma prática informada pela evidência					
Sinto que seria útil frequentar um módulo de formação específica acerca da prática clínica informada pela evidência em utentes com dor lombar aguda/subaguda					
Sinto que seria útil utilizar um modelo de orientação clínica específico para utentes com dor lombar aguda/subaguda					
Sinto responsabilidade profissional em proporcionar aos utentes a melhor prática disponível					
Sinto responsabilidade profissional em contribuir para o desenvolvimento da profissão					
A prática informada pela evidência beneficia os utentes					
Sinto que através da prática informada pela evidência atinjo melhores resultados com os utentes					
Sinto que no meu local de trabalho é valorizada uma prática informada pela evidência					
Sinto que no meu local de trabalho é aceite uma prática informada pela evidência					
Concordo com as recomendações das normas de orientação clínica atuais					
Outro(s)					

2.1. Se identificou “outro(s)” fator(s) facilitador(es), especifique qual(is).

Mensagem Final:

Obrigada pela sua participação!

Para qualquer dúvida ou questão adicional, contacte translatebackpain@gmail.com

Apêndice B – Carta Convite enviada ao Comité de Peritos



CARTA CONVITE

Caro(a) colega,

O meu nome é Susana Filipa Salvado de Sá e sou estudante do Curso de Mestrado em Fisioterapia nas condições músculo-esqueléticas, lecionado em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, a Nova Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas e a Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

Neste momento estou a desenvolver um questionário que integra a dissertação final de Mestrado, e que tem como objetivo caracterizar a prática clínica atual dos fisioterapeutas em utentes com dor lombar aguda e subaguda, bem como identificar barreiras e elementos facilitadores para a implementação de uma prática clínica informada pela evidência.

O questionário é constituído por quatro secções – “Caracterização dos fisioterapeutas”; “Caracterização genérica do padrão de prática”; “Caracterização específica do padrão de prática”; “Identificação de barreiras e elementos facilitadores para uma prática clínica informada pela evidência”.

Considerando a sua experiência e *expertise* na área das condições músculo-esqueléticas, e da dor lombar aguda e subaguda em particular, vimos por este meio solicitar a sua colaboração para a validação facial e de conteúdo do questionário.

A validade facial é uma medida subjetiva de validade, e diz respeito ao grau em que um instrumento aparenta medir aquilo que de facto pretende medir. Esta medida não é uma forma de validade no sentido em que o instrumento mede o constructo de interesse, mas fornece informação de como potenciais participantes poderão interpretar e responder aos itens (DeVon et al., 2007). A validade de conteúdo examina a medida em que os todos os conceitos de interesse do constructo estão devidamente representados pelos itens do questionário (DeVon et al., 2007; Terwee et al., 2007).

Assim, solicitamos que após o preenchimento do questionário responda às questões que lhe são colocadas na grelha de avaliação. Solicitamos ainda que contabilize o tempo que despendeu no preenchimento deste questionário e o registe no local indicado.

Caso surja alguma dúvida, por favor não hesite em contactar-me através do seguinte *email*: 160512014@estudantes.ips.pt.

Certos de que o seu contributo nos irá ajudar a desenvolver este trabalho, agradecemos antecipadamente a sua colaboração e disponibilidade.

Atenciosamente,

Susana Filipa Salvado de Sá

Apêndice C – Grelha de Avaliação do Comité de Peritos

INSTRUÇÕES

A sua participação tem por objetivo avaliar a validade facial e a validade de conteúdo do questionário.

Relativamente à validade facial, pretende-se avaliar a clareza, a compreensão, a relevância cultural e o ajuste das palavras utilizadas, de forma a produzir uma versão do questionário que seja clara e aceitável para todas as pessoas que o irão utilizar. Especificamente pretende-se: **1. identificar perguntas problemáticas; 2. determinar as razões subjacentes; 3. registar as soluções propostas para uma melhor formulação.**

Relativamente à validade de conteúdo, pretende-se examinar se todos os conceitos de interesse do constructo estão devidamente representados pelos itens do questionário, divididos em quatro secções, nomeadamente: “Caracterização dos fisioterapeutas”; “Caracterização genérica do padrão de prática”; “Caracterização específica do padrão de prática”; “Identificação de barreiras e elementos facilitadores para uma prática clínica informada pela evidência”.

GRELHA DE AVALIAÇÃO

SECÇÃO 1 – Caracterização dos fisioterapeutas experts

1. Nome: _____
2. Local onde exerce a profissão: _____
3. Tempo de exercício profissional: _____ Anos
4. Quais as suas qualificações académicas? (*Assinale todas as que se aplicam*)

Grau	
Bacharelato em Fisioterapia	
Licenciatura em Fisioterapia	
Mestre em Fisioterapia	
Mestre numa área relacionada Qual? _____	
Doutorado em Fisioterapia	
Doutorado numa área relacionada Qual? _____	

5. Realizou formações pós-graduadas na área de condições músculo-esqueléticas?

☐ Sim

☐ Não

5.1. Se sim, indique quais? _____

Formação	
Cyriax	
McKenzie	
Maitland	
Mobilização do Sistema Nervoso	
Reeducação Postural Global	
Método McConnel	
Reabilitação em Meio Aquático	
Propriocepção e Controlo Neuromuscular do Membro Inferior	
Estruturação de Programas de Exercício Terapêutico	
Outra(s), Qual(is)? _____	

SECÇÃO 2 – Opinião sobre o questionário

1. No geral, considera o questionário claro, fácil de compreender e responder? Longo? Adaptado aos futuros respondentes (fisioterapeutas)? Considera as instruções claras?	Sim		Não	
Por favor, faça os comentários/sugestões que considere relevantes e se respondeu “não”, explique porquê.				

2. Tendo em conta a população a quem se dirige o questionário, considera que os itens do questionário são representativos do que se pretende avaliar?	Sim		Não	
<p>Por favor, faça os comentários/sugestões que considere relevantes e se respondeu “não”, especifique qual o item(ns) e porquê.</p>				
3. Considera que todos os itens do questionário são claros e fáceis de compreender e responder?	Sim		Não	
<p>Por favor, faça os comentários/sugestões que considere relevantes e se respondeu “não”, especifique qual o item/palavra e sugira outro(a) para o(a) substituir.</p>				
4. Considera que todas as opções de resposta são claras e coerentes com as questões/ afirmações efetuadas?	Sim		Não	
<p>Por favor, faça os comentários/sugestões que considere relevantes e se respondeu “não”, especifique qual o item e porquê.</p>				

5. Considera algum item/palavra pouco claro(a) ou ambíguo(a)?	Sim		Não	
Se respondeu “sim”, indique o item/palavra que sugere adicionar e/ou substituir.				
6. Considera algum item do questionário inapropriado culturalmente?	Sim		Não	
Se respondeu “sim”, indique o item e sugira outro para o substituir.				
7. Considera o <i>lay-out</i> (Ex: formato, tipo e tamanho de letra, cores e contraste) das questões apropriado? E o espaço para as respostas abertas?	Sim		Não	
Por favor, faça os comentários/sugestões que considere relevantes e se respondeu “não”, indique a questão e porquê.				

Quanto tempo demorou a responder ao questionário? _____ Min.

Obrigada pela sua colaboração!

Apêndice D – Relatório do Estudo Piloto



UNIVERSIDADE
NOVA
DE LISBOA



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA



Relatório – Estudo Piloto

O estudo piloto desenvolvido serviu para testar a utilização do *software LymeSurvey* e avaliar a construção do questionário *online*, nomeadamente a nível do seu funcionamento e preenchimento, de modo a perceber se o mesmo se encontrava pronto a ser disponibilizado para o estudo principal.

Foi realizado através da criação de uma secção de avaliação do questionário, com 5 questões (sim/não e comentários) e esteve disponível durante 2 semanas, com envio de lembrete após 1 semana para maximizar taxa de resposta.

Início: 3/01/2018 - **Fim:** 17/01/2018

Número de convites enviados: 20

Número de respostas após a 1ª semana: 9

Número de respostas após a 2ª semana: 13

Questões:

Questão 1: Considera as instruções do questionários claras e fáceis de compreender?

Questão 2: Encontrou alguma dificuldade técnica ao longo do preenchimento do questionário?

Questão 3: Encontrou algum erro informático ao longo do preenchimento do questionário?

Questão 4: Tempo de resposta ao questionário

Questão 5: De forma global, considera que o questionário é fácil de responder?

Análise das Respostas Obtidas:

Questão	Resposta "Sim"	Resposta "Não"
AQ1	12	1
AQ2	2	11
AQ3	1	12
AQ4	Tempo médio de resposta: 16 min	
AQ5	11	2

Questão	Comentário/Sugestão	Consideração
AQ1	"a anterior questão não devia dizer o conteúdo entre parêntesis?! porque dá indicação a pessoa de que fase está"	Este comentário não foi considerado, uma vez que menciona um problema que diz respeito ao conteúdo, já previamente avaliado pelo comité de peritos, e que não é o foco do estudo piloto.
AQ2	"Só ter em atenção quando há perguntas de resposta única em que dá para seleccionar mais do que uma opção"	Foram verificadas todas as secções do questionário e nenhuma questão de resposta única permitia seleccionar mais do que uma opção, por isso o comentário não foi considerado.
	"Alguns tópicos demasiado longos e confusos de responder"	O comentário apresentado foi demasiado genérico, pelo que não permite nenhuma correção ou melhoria específica.
AQ3	"As repostas a "outros" não se percebe se é sempre obrigatório ou não. independentemente da	No questionário, cada pergunta identifica ou não a obrigatoriedade da resposta. No que diz respeito ao facto

	resposta nem sempre se tem de preencher o campo seguinte. É propositado?”	de não ter de se preencher o campo seguinte independentemente da resposta, foi identificado como um defeito do survey que não se consegue corrigir. Assim sendo, a especificação tem de ser facultativa, para os casos em que não se aplique.																
AQ4	<p>Respostas:</p> <table> <tr> <td>15</td> <td>15</td> <td>20</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>20</td> <td>15</td> <td>17</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>10</td> <td>25</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td></td> <td>10</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	15	15	20	20	20	15	17	15	10	10	25	10		10			Média: 16 min
15	15	20	20															
20	15	17	15															
10	10	25	10															
	10																	
AQ5	<p>“É muito extenso. Além de ter várias alíneas. Mas percebo que não dá para diminuir mais”</p>	<p>O comentário apresentado foi demasiado genérico, pelo que não permite nenhuma correção ou melhoria específica.</p>																
	<p>“Demorado e incompatível com outras plataformas digitais que não seja o PC (respostas extensas e com demasiadas opções). Secção 5 confusa. Possibilidade de estar em duas fases ao mesmo tempo? (ex: reconheço que mantenho a minha prática baseada na evidência mas por valorizar a minha experiência profissional fico colocado na fase Pré-Contemplação?)”</p>	<p>Poderá haver incompatibilidade com Linux, para Macintosh já tinha sido identificado que não havia problema. Relativamente à secção 5, o problema não foi considerado, uma vez que menciona algo que diz respeito ao conteúdo, já previamente avaliado pelo comité de peritos, e que não é o foco do estudo piloto.</p>																

Apêndice E – Tabelas de resultados do Teste Qui-quadrado

A amarelo estão assinalados os resultados estatisticamente significativos.

Modalidades de Intervenção

Tabela 1 - Distribuição de frequências absolutas para a realização de formações pós-graduadas na área das condições músculo-esqueléticas e sua associação com as modalidades de intervenção.

Itens Avaliados	Realização de formações pós-graduadas na área das condições músculo-esqueléticas	
	Sim	Não
Educação		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	7	7
Frequentemente/Sempre	66	43
Total	73	50
p= 0.449		
Eletroterapia		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	54	25
Frequentemente/Sempre	19	25
Total	73	50
p= 0.006		
Exercício		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	3	3
Frequentemente/Sempre	70	47
Total	73	50
p= 0.633		
Terapia manual		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	6	3
Frequentemente/Sempre	67	47
Total	73	50
p=0.642		
Agentes físicos		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	43	15
Frequentemente/Sempre	30	35
Total	73	50
p= 0.002		
Outra(s)		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	54	45
Frequentemente/Sempre	19	5
Total	73	50
p= 0.028		

Tabela 2 - Distribuição de frequências absolutas para o número de anos de experiência de prática clínica com utentes com dor lombar aguda/subaguda e sua associação com as modalidades de intervenção.

Itens Avaliados	Número de anos de experiência de prática clínica com utentes com dor lombar aguda/subaguda	
	≤ 5 anos	> 5 anos
Educação		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	14	0
Frequentemente/Sempre	70	39

Total	84	39
p= 0.007		
Eletroterapia		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	47	32
Frequentemente/Sempre	37	7
Total	84	39
p= 0.005		
Exercício		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	4	2
Frequentemente/Sempre	80	37
Total	84	39
p= 0.930		
Terapia manual		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	6	3
Frequentemente/Sempre	78	36
Total	84	39
p=0.913		
Agentes físicos		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	30	28
Frequentemente/Sempre	54	11
Total	84	39
p= 0.005		
Outra(s)		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	69	30
Frequentemente/Sempre	15	3
Total	84	39
p= 0.497		

Tabela 3 - Distribuição de frequências absolutas para a frequência com que o planeamento da intervenção é condicionado por prescrição médica e sua associação com as modalidades de intervenção.

Itens Avaliados	Frequência com que o planeamento da intervenção é condicionado por prescrição médica	
	Nunca/Raramente/Ocasionalmente	Frequentemente/Sempre
Educação		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	7	7
Frequentemente/Sempre	74	35
Total	81	42
p= 0.184		
Eletroterapia		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	58	21
Frequentemente/Sempre	23	21
Total	81	42
p= 0.018		
Exercício		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	4	2
Frequentemente/Sempre	77	40
Total	81	42
p= 0.966		
Terapia manual		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	6	3
Frequentemente/Sempre	75	39
Total	81	42
p=0.957		

Agentes físicos		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	48	10
Frequentemente/Sempre	33	32
Total	81	42
p= 0.005		
Outra(s)		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	64	35
Frequentemente/Sempre	17	7
Total	81	42
p= 0.566		

Tabela 4 - Distribuição de frequências absolutas para o número médio de sessões incluídas no plano de intervenção em utentes com dor lombar aguda/subaguda e sua associação com as modalidades de intervenção.

Itens Avaliados	Número médio de sessões incluídas no plano de intervenção em utentes com dor lombar aguda/subaguda	
	≤ 12 sessões	> 12 sessões
Educação		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	5	9
Frequentemente/Sempre	71	38
Total	76	47
p= 0.033		
Eletroterapia		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	59	20
Frequentemente/Sempre	17	27
Total	76	47
p= 0.005		
Exercício		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	5	1
Frequentemente/Sempre	71	46
Total	76	47
p= 0.265		
Terapia manual		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	7	2
Frequentemente/Sempre	69	45
Total	76	47
p=0.305		
Agentes físicos		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	49	9
Frequentemente/Sempre	27	38
Total	76	47
p= 0.005		
Outra(s)		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	60	39
Frequentemente/Sempre	16	8
Total	76	47
p= 0.584		

Estratégias de Educação

Tabela 5 - Distribuição de frequências absolutas para a realização de formações pós-graduadas na área das condições músculo-esqueléticas e sua associação com as estratégias de educação.

Itens Avaliados	Realização de formações pós-graduas na área das condições músculo-esqueléticas	
	Sim	Não
Explicação acerca da origem não-específica da dor lombar		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	26	14
Frequentemente/Sempre	47	36
Total	73	50
p= 0.376		
Explicação acerca da origem da dor baseada em alterações posturais		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	26	19
Frequentemente/Sempre	47	31
Total	73	50
p= 0.787		
Explicação acerca da origem da dor baseada em alterações biomecânicas		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	29	14
Frequentemente/Sempre	44	36
Total	73	50
p= 0.180		
Explicação acerca da origem da dor como resultado de hérnia discal		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	39	25
Frequentemente/Sempre	34	25
Total	73	50
p=0.709		
Explicação do prognóstico favorável da condição		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	13	10
Frequentemente/Sempre	60	40
Total	73	50
p= 0.759		
Indicação de que a maioria das pessoas recupera em 2 semanas		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	40	30
Frequentemente/Sempre	33	20
Total	73	50
p= 0.567		
Indicação de que no máximo a maioria das pessoas recupera em 6 semanas		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	49	31
Frequentemente/Sempre	24	19
Total	73	50
p= 0.558		
Explicação de que a dor é benigna		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	29	28
Frequentemente/Sempre	44	22
Total	73	50
p= 0.075		
Alerta de possível prognóstico desfavorável		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	49	33
Frequentemente/Sempre	24	17
Total	73	50

p= 0.897

Recomendação para repousar

Nunca/Raramente/Ocasionalmente	55	33
Frequentemente/Sempre	18	17
Total	73	50

p= 0.259

Recomendação para repousar apenas em caso de SOS

Nunca/Raramente/Ocasionalmente	23	20
Frequentemente/Sempre	50	30
Total	73	50

p= 0.332

Recomendação para atividade física

Nunca/Raramente/Ocasionalmente	13	9
Frequentemente/Sempre	60	41
Total	73	50

p= 0.978

Recomendação para diminuição dos níveis de atividade física

Nunca/Raramente/Ocasionalmente	55	39
Frequentemente/Sempre	18	11
Total	73	50

p= 0.733

Aconselhamento para retorno às atividades diárias

Nunca/Raramente/Ocasionalmente	17	11
Frequentemente/Sempre	56	39
Total	73	50

p= 0.867

Recomendação para realizar movimento dentro do limiar da dor

Nunca/Raramente/Ocasionalmente	14	13
Frequentemente/Sempre	59	37
Total	73	50

p= 0.369

Recomendação de que a medicação deve ser controlada

Nunca/Raramente/Ocasionalmente	28	18
Frequentemente/Sempre	45	32
Total	73	50

p= 0.791

Recomendação de utilizar qualquer tipo de medicação

Nunca/Raramente/Ocasionalmente	70	46
Frequentemente/Sempre	3	4
Total	73	50

p= 0.360

Recomendação para utilizar apenas medicação anti-inflamatória não esteroide

Nunca/Raramente/Ocasionalmente	63	39
Frequentemente/Sempre	10	11
Total	73	50

p= 0.229

Tabela 6 - Distribuição de frequências absolutas para o número de anos de experiência de prática clínica com utentes com dor lombar aguda/subaguda e sua associação com as estratégias de educação.

Itens Avaliados	Número de anos de experiência de prática clínica com utentes com dor lombar aguda/subaguda	
	≤ 5 anos	≤ 5 anos
Explicação acerca da origem não-específica da dor lombar		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	38	2
Frequentemente/Sempre	46	37
Total	84	39
p= 0.005		
Explicação acerca da origem da dor baseada em alterações posturais		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	29	16
Frequentemente/Sempre	55	23
Total	84	39
p= 0.486		
Explicação acerca da origem da dor baseada em alterações biomecânicas		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	28	15
Frequentemente/Sempre	56	24
Total	84	39
p= 0.579		
Explicação acerca da origem da dor como resultado de hérnia discal		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	42	22
Frequentemente/Sempre	42	17
Total	84	39
p=0.508		
Explicação do prognóstico favorável da condição		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	19	4
Frequentemente/Sempre	65	35
Total	84	39
p= 0.102		
Indicação de que a maioria das pessoas recupera em 2 semanas		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	57	13
Frequentemente/Sempre	27	26
Total	84	39
p= 0.005		
Indicação de que no máximo a maioria das pessoas recupera em 6 semanas		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	54	26
Frequentemente/Sempre	30	13
Total	84	39
p= 0.797		
Explicação de que a dor é benigna		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	49	8
Frequentemente/Sempre	35	31
Total	84	39
p= 0.005		
Alerta de possível prognóstico desfavorável		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	56	26

Frequentemente/Sempre	28	13
Total	84	39
p= 1.000		
Recomendação para repousar		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	62	26
Frequentemente/Sempre	22	13
Total	84	39
p= 0.414		
Recomendação para repousar apenas em caso de SOS		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	34	9
Frequentemente/Sempre	50	30
Total	84	39
p= 0.060		
Recomendação para atividade física		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	20	2
Frequentemente/Sempre	64	37
Total	84	39
p= 0.012		
Recomendação para diminuição dos níveis de atividade física		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	68	26
Frequentemente/Sempre	16	13
Total	84	39
p= 0.082		
Aconselhamento para retorno às atividades diárias		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	21	7
Frequentemente/Sempre	63	32
Total	84	39
p= 0.385		
Recomendação para realizar movimento dentro do limiar da dor		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	25	2
Frequentemente/Sempre	59	37
Total	84	39
p= 0.002		
Recomendação de que a medicação deve ser controlada		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	37	9
Frequentemente/Sempre	47	30
Total	84	39
p= 0.025		
Recomendação de utilizar qualquer tipo de medicação		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	78	38
Frequentemente/Sempre	6	1
Total	84	39
p= 0.308		
Recomendação para utilizar apenas medicação anti-inflamatória não esteroide		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	70	32
Frequentemente/Sempre	14	7
Total	84	39
p= 0.860		

Tabela 7 - Distribuição de frequências absolutas para a frequência com que o planeamento da intervenção é condicionado por prescrição médica e sua associação com as estratégias de educação.

Itens Avaliados	Frequência com que o planeamento da intervenção é condicionado por prescrição médica	
	Nunca/Raramente/Ocasionalmente	Frequentemente/Sempre
Explicação acerca da origem não-específica da dor lombar		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	25	15
Frequentemente/Sempre	56	27
Total	81	42
p= 0.586		
Explicação acerca da origem da dor baseada em alterações posturais		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	31	14
Frequentemente/Sempre	50	28
Total	81	42
p= 0.590		
Explicação acerca da origem da dor baseada em alterações biomecânicas		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	29	14
Frequentemente/Sempre	52	28
Total	81	42
p= 0.785		
Explicação acerca da origem da dor como resultado de hérnia discal		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	43	21
Frequentemente/Sempre	38	21
Total	81	42
p=0.745		
Explicação do prognóstico favorável da condição		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	14	9
Frequentemente/Sempre	67	33
Total	81	42
p= 0.576		
Indicação de que a maioria das pessoas recupera em 2 semanas		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	42	28
Frequentemente/Sempre	39	14
Total	81	42
p= 0.116		
Indicação de que no máximo a maioria das pessoas recupera em 6 semanas		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	49	31
Frequentemente/Sempre	32	11
Total	81	42
p= 0.142		
Explicação de que a dor é benigna		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	35	22
Frequentemente/Sempre	46	20
Total	81	42
p= 0.333		
Alerta de possível prognóstico desfavorável		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	55	27

Frequentemente/Sempre	26	15
Total	81	42
p= 0.687		
Recomendação para repousar		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	58	30
Frequentemente/Sempre	23	12
Total	81	42
p= 0.984		
Recomendação para repousar apenas em caso de SOS		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	28	15
Frequentemente/Sempre	53	27
Total	81	42
p= 0.899		
Recomendação para atividade física		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	14	8
Frequentemente/Sempre	67	34
Total	81	42
p= 0.809		
Recomendação para diminuição dos níveis de atividade física		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	62	32
Frequentemente/Sempre	19	10
Total	81	42
p= 0.965		
Aconselhamento para retorno às atividades diárias		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	16	12
Frequentemente/Sempre	65	30
Total	81	42
p= 0.269		
Recomendação para realizar movimento dentro do limiar da dor		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	15	12
Frequentemente/Sempre	66	30
Total	81	42
p= 0.201		
Recomendação de que a medicação deve ser controlada		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	29	17
Frequentemente/Sempre	52	28
Total	81	42
p= 0.611		
Recomendação de utilizar qualquer tipo de medicação		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	76	40
Frequentemente/Sempre	5	2
Total	81	42
p= 0.749		
Recomendação para utilizar apenas medicação anti-inflamatória não esteroide		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	68	34
Frequentemente/Sempre	13	8
Total	81	42
p= 0.675		

Tabela 8 - Distribuição de frequências absolutas para o número médio de sessões incluídas no plano de intervenção em utentes com dor lombar aguda/subaguda e sua associação com as estratégias de educação.

Itens Avaliados	Número médio de sessões incluídas no plano de intervenção em utentes com dor lombar aguda/subaguda	
	≤ 12 sessões	> 12 sessões
Explicação acerca da origem não-específica da dor lombar		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	27	13
Frequentemente/Sempre	49	34
Total	76	47
p= 0.365		
Explicação acerca da origem da dor baseada em alterações posturais		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	30	15
Frequentemente/Sempre	46	32
Total	76	47
p= 0.398		
Explicação acerca da origem da dor baseada em alterações biomecânicas		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	28	15
Frequentemente/Sempre	48	32
Total	76	47
p= 0.578		
Explicação acerca da origem da dor como resultado de hérnia discal		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	46	18
Frequentemente/Sempre	30	29
Total	76	47
p=0.016		
Explicação do prognóstico favorável da condição		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	13	10
Frequentemente/Sempre	63	37
Total	76	47
p= 0.564		
Indicação de que a maioria das pessoas recupera em 2 semanas		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	37	33
Frequentemente/Sempre	39	14
Total	76	47
p= 0.019		
Indicação de que no máximo a maioria das pessoas recupera em 6 semanas		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	46	34
Frequentemente/Sempre	30	13
Total	76	47
p= 0.182		
Explicação de que a dor é benigna		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	30	27
Frequentemente/Sempre	46	20
Total	76	47
p= 0.052		
Alerta de possível prognóstico desfavorável		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	53	29

Frequentemente/Sempre	23	18
Total	76	47
p= 0.358		
Recomendação para repousar		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	56	32
Frequentemente/Sempre	20	15
Total	76	47
p= 0.504		
Recomendação para repousar apenas em caso de SOS		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	26	17
Frequentemente/Sempre	50	30
Total	76	47
p= 0.825		
Recomendação para atividade física		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	13	9
Frequentemente/Sempre	63	38
Total	76	47
p= 0.774		
Recomendação para diminuição dos níveis de atividade física		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	58	36
Frequentemente/Sempre	18	11
Total	76	47
p= 0.972		
Aconselhamento para retorno às atividades diárias		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	14	14
Frequentemente/Sempre	62	33
Total	76	47
p= 0.144		
Recomendação para realizar movimento dentro do limiar da dor		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	17	10
Frequentemente/Sempre	59	37
Total	76	47
p= 0.887		
Recomendação de que a medicação deve ser controlada		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	29	17
Frequentemente/Sempre	47	30
Total	76	47
p= 0.825		
Recomendação de utilizar qualquer tipo de medicação		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	71	45
Frequentemente/Sempre	5	2
Total	76	47
p= 0.589		
Recomendação para utilizar apenas medicação anti-inflamatória não esteroide		
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	63	39
Frequentemente/Sempre	13	8
Total	76	47
p= 0.990		

Apêndice F –Associações Estatisticamente Significativas das Modalidades de Intervenção

Tabela 1 - Associações estatisticamente significativas entre a realização de formações pós-graduadas e as modalidades de intervenção

Itens Avaliados	Realização de formações pós-graduadas na área das condições músculo-esqueléticas		Testes Estatísticos		
	Sim	Não	Valor de p	Qui-quadrado	Phi
Eletroterapia					
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	54	25	0,006	7,422	0,246
Frequentemente/Sempre	19	25			
Total	73	50			
Agentes físicos					
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	43	15	0,002	9,949	0,284
Frequentemente/Sempre	30	35			
Total	73	50			
Outra(s)					
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	54	45	0,028	4,854	-0,199
Frequentemente/Sempre	19	5			
Total	73	50			

Tabela 2 - Associações estatisticamente significativas entre o número de anos de experiência profissional e as modalidades de intervenção

Itens Avaliados	Número de anos de experiência de prática clínica com utentes com dor lombar aguda/subaguda		Testes Estatísticos		
	≤ 5 anos	> 5 anos	Valor de p	Qui-quadrado	Phi
Educação					
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	14	0	0,005 ^a	---	0,244
Frequentemente/Sempre	70	39			
Total	84	39			

Eletroterapia					
Nunca/Raramente/ Ocasionalmente	47	32	0,005	7,896	-0,253
Frequentemente/ Sempre	37	7			
Total	84	39			
Agentes físicos					
Nunca/Raramente/ Ocasionalmente	30	28	0,005	13,914	-0,336
Frequentemente/ Sempre	54	11			
Total	84	39			
ªValor dado pelo teste exato de Fisher					

Tabela 3 - Associações estatisticamente significativas entre o planeamento da intervenção e as modalidades de intervenção

Itens Avaliados	Frequência com que o planeamento da intervenção é condicionado por prescrição médica		Testes Estatísticos		
	Nunca/Raramente/Ocasionalmente	Frequentemente/Sempre	Valor de p	Qui-quadrado	Phi
Eletroterapia					
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	58	21	0,018	5,619	0,214
Frequentemente/Sempre	23	21			
Total	81	42			
Agentes físicos					
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	48	10	0,005	13,948	-0,337
Frequentemente/Sempre	33	32			
Total	81	42			

Tabela 4 - Associações estatisticamente significativas entre o número médio de sessões e as modalidades de intervenção

Itens Avaliados	Número médio de sessões incluídas no plano de intervenção		Testes Estatísticos		
	≤ 12 sessões	> 12 sessões	Valor de p	Qui- quadrado	Phi
Educação					
Nunca/Raramente/ Ocasionalmente	5	9	0,033	4,549	-0,192
Frequentemente/ Sempre	71	38			
Total	76	47			

Eletroterapia					
Nunca/Raramente/ Ocasionalmente	59	20			
Frequentemente/ Sempre	17	27	0,005	15,553	0,356
Total	76	47			
Agentes físicos					
Nunca/Raramente/ Ocasionalmente	49	9			
Frequentemente/ Sempre	27	38	0,005	23,941	0,441
Total	76	47			

Apêndice G – Associações Estatisticamente Significativas das Estratégias de Educação

Tabela 1 - Associações estatisticamente significativas entre o número de anos de experiência profissional e as estratégias de educação

Itens Avaliados	Número de anos de experiência de prática clínica com utentes com dor lombar aguda/subaguda		Testes Estatísticos		
	≤ 5 anos	> 5 anos	Valor de p	Qui-quadrado	Phi
Educação acerca da origem não-específica da dor lombar					
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	38	2	0,005	19,526	0,398
Frequentemente/Sempre	46	37			
Total	84	39			
Indicação de que a maioria das pessoas recupera em 2 semanas					
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	57	13	0,005	12,945	0,324
Frequentemente/Sempre	27	26			
Total	84	39			
Explicação de que a dor é benigna					
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	49	8	0,005	15,321	0,353
Frequentemente/Sempre	35	31			
Total	84	39			
Recomendação para atividade física					
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	20	2	0,012	6,329	0,227
Frequentemente/Sempre	64	37			
Total	84	39			
Recomendação para realizar movimento dentro do limiar da dor					
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	25	2	0,002	9,434	0,277
Frequentemente/Sempre	59	37			
Total	84	39			

Recomendação de que a medicação deve ser controlada					
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	37	9			
Frequentemente/Sempre	47	30	0,025	5,003	0,202
Total	84	39			

Tabela 2 - Associações estatisticamente significativas entre o número médio de sessões e as estratégias de educação

Itens Avaliados	Número médio de sessões incluídas no plano de intervenção		Testes Estatísticos		
	≤ 12 sessões	> 12 sessões	Valor de p	Qui-quadrado	Phi
Explicação acerca da origem da dor como resultado de hérnia discal					
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	46	18			
Frequentemente/Sempre	30	29	0,016	5,749	0,216
Total	76	47			
Indicação de que a maioria das pessoas recupera em 2 semanas					
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	37	33			
Frequentemente/Sempre	39	14	0,019	5,489	-0,211
Total	76	47			

Anexo 1 – Parecer final da Comissão Especializada de Ética em Investigação



COMISSÃO ESPECIALIZADA DE ÉTICA EM INVESTIGAÇÃO

Parecer
nº19/AMM/2017

SOLICITAÇÃO

Pedido de revisão ética dos estudos “Prática autoreportada da fisioterapia em utentes com dor lombar” e “Prática autoreportada da fisioterapia em utentes com osteoartrose”, ambos enquadrados na Unidade Curricular de Trabalho de Projeto do 2º ano do Curso de Mestrado em Fisioterapia – Ramo de Condições Músculo-Esqueléticas, lecionado em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal com a Nova Medical School/Faculdade de Ciências Médicas e Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, pelas estudantes Susana Sá e Bruna Santos, respetivamente, sob a orientação do Prof. Eduardo Cruz da ESS/IPS, tendo com objetivos (...) “caracterizar a prática (autoreportada) dos fisioterapeutas em utentes com dor lombar aguda/subaguda e em utentes com osteoartrose em Portugal, no que diz respeito aos parâmetros avaliados, intervenções realizadas e aos outcomes medidos, bem como identificar as barreiras e elementos facilitadores para a implementação de uma prática informada pela evidência”.

DOCUMENTAL

1. Requerimento de parecer dirigido à CEEI
2. Dossier de resubmissão: sinopse do estudo, instrumentos de recolha de dados, Ficha Informativa para Participantes e Formulário de Consentimento Informado.

ANÁLISE E PARECER

O dossier de resubmissão contém os elementos necessários para a sua apreciação e do mesmo consta que foram atendidas as críticas e sugestões produzidas no parecer inicial. Em concreto, explicita-se que:

- a) os participantes (fisioterapeutas) serão comuns aos dois estudos, desde que acumulem experiência no tratamento de utentes com dor lombar aguda/subaguda e de utentes com osteoartrose;
- b) serão aplicados dois instrumentos de recolha de dados a esses participantes, cada um deles focalizado numa das patologias em causa;
- c) o processo de recrutamento dos participantes envolverá a mediação pessoal e de organizações, de modo a aceder a profissionais potencialmente elegíveis para participar nos estudos;
- d) o tempo necessário para o preenchimento de cada questionário será de 15 minutos, o que
dever merecer clarificação, pois não é imediatamente apreensível.

Com exceção do apontado na última alínea e que não deve acarretar a resubmissão de novo pedido de parecer, consideramos terem sido sanadas as insuficiências do pedido inicial e, como tal, produzimos um parecer positivo.

27 novembro 2017

P^{la} CEEI

